

PN 14/24 - świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót.

Załącznik Nr 6 do SWZ

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI ALBO BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

(Wypełnia Wykonawca lub pełnomocnik w przypadku Konsorcjum  
albo upoważniona przez Wykonawcę osoba)

Nazwa i adres Wykonawcy (pełnomocnika w przypadku Konsorcjum):

.....

Nazwa i adres Partnera/-ów: (w przypadku Konsorcjum)

.....

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego PN 14/24 - świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót.**

oświadczam, co następuje:

1. **przynależę/ nie przynależę\*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16.02.2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (TJ Dz. U. z 2021r. poz. 275)

\*wybrać odpowiednio

2. Oświadczam, że w przypadku przynależenia do tej samej grupy kapitałowej powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu.

..... (miejscowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis)