**Zał. nr 5 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI/  
PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ:**

Przystępując do udziału w prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

……………………………………………………………………………………………..……

w imieniu: …………………...……………………………………….……………………...….

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

informuję, że na dzień składania ofert:

* nie należę do grupy kapitałowej1 w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.   
  o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086)\*\*
* należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), w której skład wchodzą następujące podmioty *(w przypadku przynależności do grupy kapitałowej należy wymienić wszystkie podmioty należące do tej samej grupy kapitałowej, podać nazwę i siedzibę)*\*\*:

……………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………..……

…………………………………...... …………………………………......

miejsce i data złożenia oświadczenia podpis i pieczęć Wykonawcy

*1 Zgodnie z art. 4 pk. 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U* z 2020 r. poz. 1076   
i 1086) *przez grupę kapitałową rozumie się wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni   
lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.*