**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\*\*
* należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, 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