**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

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