Załącznik nr 5 do SIWZ

**Zamawiający: Powiat Włocławski , ul. Cyganka 28, 87-800 Włocławek**

NIP: 888-311-57-91, REGON: 910866778, tel.: (54) 230 46 00, faks: (54) 230 46 71

ZP.272.1.17.2020

**WYKONAWCA:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu**

**ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów   
(Dz. U. 2020 r. poz. 1076 ze zm.)**

dotyczy postępowania pn.: **„Budowa Powiatowego Centrum Zdrowia”**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postepowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:**

1. ………………..……………………………………………………………………………

2. . ……………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postepowaniu o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*[dokument należy sporządzić w postaci elektronicznej i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym]*