|  |  |
| --- | --- |
| ***WYKONAWCA:****………………………………………………………………..**Pełna nazwa/firma**…………………………………………………………………**Adres**w zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….**REGON:…………………………………..* | ***ZAMAWIAJĄCY:****Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**45-066 Opole, ul. Reymonta 8**NIP: 754-24-80-425**REGON: 000640136* |

## OŚWIADCZENIE

## O PRZYNALEŻNOŚCI / BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI

## DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ

Działając na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843), po zapoznaniu się
z informacją z otwarcia ofert zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego, tj. z firmami oraz adresami Wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie w przetargu nieograniczonym ***nr PN/D/FA/1/20 na Zakup wraz z dostawą leków na okres
do 30.04.2021 r.,***oświadczam że:

**nie przynależę** z żadnym z tych Wykonawców / **przynależę** z następującymi Wykonawcami\*:

1. ……………………………………………………………………….…………………………………..
2. ……………………………………………………………………….…………………………………..
3. ……………………………………………………………………….…………………………………..

do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 369 z późn. zm.).

*\* niepotrzebne skreślić*

 dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy