|  |  |
| --- | --- |
| ***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 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.), 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/2/19 na Zakup wraz z dostawą leków na okres   
do 30.04.2020 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 2018 r. poz. 798 z późn. zm.).

*\* niepotrzebne skreślić*

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy