**Załącznik nr 9 do SWZ**

....................................................................

*Nazwa (firma) albo imię i nazwisko, siedziba*

*albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy*

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI LUB O PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **usługę w zakresie efektywnego pozyskania studentów na 6-letni program nauczania na kierunku lekarskim, prowadzony w języku angielskim na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku według sześcioletniego programu obowiązującego w Unii Europejskiej, na trzy kolejne lata akademickie, z obszarów: Chin, Japonii, Tajwanu, Wietnamu, Malezji, Indonezji i innych**

**,** prowadzonego przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

oświadczam, że:

1. **nie należę** z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji   
   i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp\*.
2. **należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.   
   o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty, oferty częściowe\*:
   1. ……………………………………..
   2. ……………………………………..

2a. W załączeniu przekazuję dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty, oferty częściowej niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*\*

* 1. ……………………………………..
  2. ……………………………………..

*kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy*

*\* niepotrzebne należy skreślić*

*\*\* jeżeli dotyczy*