Załącznik nr 4 do SWZ

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

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| ***„Dostawa środków ochrony indywidualnej na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie”*** |
| prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnejw Mogilnie,  oświadczam co następuje: |

**NALEŻYMY / NIE NALEŻYMY(\*)**do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r.   
o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020r. poz. 1076 i 1086), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową, albo oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz   
z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.

…………….…......………….…….

*(miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić