Załącznik nr 5 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.: |
| ***„Dostawy produktów farmaceutycznych”*** |
| prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie,  oświadczam co następuje: |

**NALEŻYMY / NIE NALEŻYMY(\*)** 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), 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.

**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*