

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 40/17 CZ. 1 ÷ 2**
PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :
WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB SKÓRY
ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE
CHOROÓB NOSA, ZATOK PRZYNOSOWYCH, UCHA, GARDŁA I KRTANI

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.9. SIWZ oraz art. 24 ust. 11 ustawy Pzp.

niniejsze oświadczenie Wykonawca składa w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy Pzp.

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

po uzyskaniu wiedzy o kręgu Wykonawców uczestniczących w niniejszym postępowaniu składam oświadczenie o:

- Przynależności do tej samej grupy kapitałowej
z Wykonawcą (podać nazwę)
- Braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej
- Braku przynależności do jakiegokolwiek grupy kapitałowej*

w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r., poz. 184, ze zm.)

**niepotrzebne skreślić*

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*