

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-170/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA

MINISTERSTWA ZDROWIA W WARSZAWIE W ALEJACH JEROZOLIMSKICH 155

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

### DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.7. 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 pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*