

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP-46/17**PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :[WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE WZW](#)[ORAZ WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH \(2 OSOBY\) W DZIEDZINIE HIV](#)[ORAZ WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA DZIEDZINIE HIV](#)[CZEŚCI:.....](#)

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 pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*