**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

**Wykonawca:**

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie o przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej**

Składając ofertę w imieniu: ..............................................................................................................................................

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa aparatu HDR do brachyterapii oraz stacji planowania leczenia”, znak sprawy: ZPZ-46/08/19,prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie oświadczam, iż Wykonawca:

1. Nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych,

2. Należy do grupy kapitałowej , o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.\*

.................................., dnia ...............................

W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej Wykonawca może złożyć wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, ze powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

\*Niepotrzebne skreślić