Załącznik nr 5 do SWZ

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY, W ZAKRESIE ART.108 UST.1 PKT 5 USTAWY PZP**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **na dostawę produktów leczniczych i medycznych, wg formularza cenowego, nr sprawy 24/2021**, prowadzonego przez Szpital Rejonowy w Raciborzu, ul. Gamowska 3*,* 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.

…………….…......………….…….

 *(miejscowość, data)*

 ………………………….………………………

 *Podpis (podpisy ) osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*

**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.

…………….…......………….…….

 *(miejscowość, data)* ………………………….………………………

 *Podpis (podpisy ) osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(\*) Niepotrzebne skreślić.*