Załącznik nr 6 do SIWZ

**Oznaczenie sprawy: 10/ZP/2019**

................................, dnia ........................... r.

 *(miejscowość) (data)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(oznaczenie Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na Dostawę do magazynu Apteki szpitalnej produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej [www.spzoz.proszowice.pl](http://www.spzoz.proszowice.pl/) informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy **oświadczam**, że *(zaznaczyć właściwe znakiem „x” w kratce po lewej stronie lub skreślić niewłaściwe)*:

** nie należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, z późn. zm.) z żadnym Wykonawcą, którego firma i adres zostały wskazane w ww. informacji

** należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, do której należy Wykonawca (należą Wykonawcy) *(wpisać firmę i adres Wykonawcy (Wykonawców))*:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(podpis elektroniczny )*