Załącznik nr 9 do SWZ

 ZP/05/21/TP

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Dotyczy postępowania pn.:

Dostawa, montaż i uruchomienie aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska im. Marii Orlikowskiej-Płaczek w Starogardzie Gdańskim wraz z przeszkoleniem personelu w zakresie prawidłowej obsługi, nr postępowania ZP/05/21/TP.

**Ja/my, niżej podpisany/i**

........................................................................................................................................

*(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie oraz stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**działając w imieniu i na rzecz:**

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

*(imię i nazwisko/firma Wykonawcy, adres siedziby, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS)*

***Oświadczam, żę:***

**1) nie należę do grupy kapitałowej\*,**

w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów
(Dz. U. z 2021 r. poz. 275),

**z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.**

2) **należę do grupy kapitałowej\***

w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów
(Dz. U. z 2021 r. poz. 275),

**z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu:**

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

\* niepotrzebne skreślić

…………………………., dnia …………………

(miejscowość)

 …………………………………………….

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy