**Zał. Nr 5 do SWZ – Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej**

**Zamawiający:**

Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika

Ul. T. Chałubińskiego 7

75-581 Koszalin

NIP: 6691044410

**Wykonawca:**

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, , KRS)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,   
o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 362 pkt. 1), ustawy PZP

**Dot:** Kompleksowe ubezpieczenie Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie

Oświadczam, że wykonawca, którego reprezentuję[[1]](#footnote-1):

1. nie należy do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. należy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu:
2. ……………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………  
   c) ..…….…………………………………………………………………………………………………….

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. Należy zaznaczyć odpowiednio. [↑](#footnote-ref-1)