Załącznik nr 7 do SWZ

**PCZ-SPZPS/PN/O/XII/24**

1. ...........................................................
2. dane Wykonawcy (pieczęć firmowa)
3. **OŚWIADCZENIEO PRZYNALEŻNOŚCI**
4. **LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**
5. w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów

Oświadczamy, że jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego   
dla Powiatowego Centrum Zdrowia – Samodzielnego Publicznego Zespołu   
Przychodni Specjalistycznych we Włocławku, którego przedmiotem jest zadanie pn.:   
Wybór wykonawcy usługi ochrony osób i mienia budynków Powiatowego Centrum Zdrowia – Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku   
wykonywana całodobowo przez siedem dni w tygodniu nie należymy do grupy kapitałowej\*,   
o której mowa w treści art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych, co   
Wykonawcy którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie   
do udziału w postępowaniu\*,

* **należymy do grupy kapitałowej\*,** o której mowa w treści art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, co Wykonawcy którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu\*,

............................................... …………………………………

miejscowość, data

* + 1. podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

1. **\* niewłaściwe skreślić**

UWAGA: Wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania   
z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.