Załącznik nr 7 do SIWZ

***UWAGA!***

***Niniejszego oświadczenia nie należy załączać do oferty. Należy je przekazać Zamawiającemu w terminie, o którym mowa w pkt 7.6 SIWZ.***

***W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego, niniejsze oświadczenie jest zobowiązany złożyć każdy z nich.***

**WYKONAWCA:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***OŚWIADCZENIE******o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej (zgodnie z art. 24 ust. 11 ustawy PZP)*** |

*pełna nazwa/firma i adres*

**Zamawiający:**

**Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**

**ul. Rydygiera 1**

**64-920 Piła**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zadania pn.:

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PILE**

**ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN,**

**Znak sprawy: NO-ZP.X-240/41/18**

oświadczam, co następuje *(w zależności od przypadku, należy złożyć jedno z poniższych oświadczeń)*.

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *podpis Wykonawcy lub osoby upowa*ż*nionej* |

1. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy PZP

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *podpis Wykonawcy lub osoby upowa*ż*nionej* |

1. Należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy PZP, co Wykonawca/y *(należy podać pełną nazwę/firmę)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………

Wobec powyższego, przedstawiam następujące dowody, że powiązania z w/w Wykonawcą/ami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu *(jeżeli dotyczy)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *podpis Wykonawcy lub osoby upowa*ż*nionej* |