

Załącznik nr 4 do SIWZ

Zamawiający:

**Szpital Powiatowy im. Edmunda
Biernackiego
ul. Żeromskiego 22
39-300 Mielec**

(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

.....
.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....
.....

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

OŚWIADCZENIE

O przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na :

**sprzedaż i dostawę nici chirurgicznych do apteki Szpitala Powiatowego
im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.63.18**

oświadczam, że

nie należę do żadnej grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust.1 pkt 23 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

nie należę do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust.1 pkt 23 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

należę do grupy kapitałowej o której mowa w art. 24 ust.1 pkt 23 ustawy Prawo Zamówień Publicznych z następującymi Wykonawcami:

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

..... *(miejsowość), dnia* r.

.....

(podpis)