

**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 rękawic medycznych, znak SzP.ZP.271.7.18** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, 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)*