



PROGRAM
REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Mazowsze.
serce Polski

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Załącznik nr 9

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
-Zespół Zakładów w Makowie Mazowieckim
(Nazwa i adres zamawiającego)**

INFORMACJA dotycząca grupy kapitałowej

My niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

.....
.....

(pełna nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy)

W przypadku składania oferty przez Wykonawców występujących wspólnie oświadczenie składa każdy z wykonawców.

składając ofertę / wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu* pn.

.....

(nazwa zamówienia nadana przez Zamawiającego)

oświadczam, że **nie należę / reprezentowany przeze mnie podmiot nie należy do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy P.z.p., w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.).

....., dnia

(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji
wykonawcy/wykonawców wspólnych)