

Znak sprawy DAG/01/2020  
Załącznik nr 8 do SIWZ

**ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach  
ul. Asnyka 2  
43-140 Łędziny  
Tel. / fax: 32/ 216 77 01

**WYKONAWCA**

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

reprezentowany przez:

.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności\* do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. Świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostawy całodziennego wyżywienia dla pacjentów Oddziału Szpitalnego Rehabilitacji Narządu Ruchu ul. Pokoju 17, 43-143 Łędziny Prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego przez Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach  
Ja/My niżej podpisany/i

.....  
.....  
Działając w imieniu na rzecz

.....  
.....  
(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy / w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwę firm i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną)

1. Składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, informuję, że **nie należę/my do tej samej grupy kapitałowej** wraz z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*

**Lub**

2. Składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, informuję, że **należę/my do tej samej grupy kapitałowej** wraz z Wykonawcą/Wykonawcami :

.....  
(nazwa Wykonawcy)

Którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*  
W tym przypadku załączam/y dowody, że powiązania z ww.  
Wykonawcą/Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w  
przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*

....., dnia ..... 2020 r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis własnoręczny osoby uprawnionej / osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić