**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Zamawiający:** *Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny*

*„Pałac Kamieniec” sp. z o.o.*

 *Kamieniec, ul. Polna 2*

 *42 – 674 Zbrosławice*

 *tel./faks (032) 233 78 19*

*(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 wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn.” ***Dostawa leków, materiałów medycznych jednorazowego użytku oraz środków opatrunkowych do Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec”***

 ***sp. z o.o. sukcesywnie na przestrzeni całego 2021 roku.*** ,prowadzonego przez Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny „Pałac Kamieniec” sp. z o.o.,oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

**- nie należy do grupy kapitałowej\***

lub

**należy do grupy kapitałowej\***

*\* niewłaściwe skreślić*

…………………………………….

 pieczęć, podpis/y

W przypadku informacji, że Wykonawca należy do grupy kapitałowej, należy wypełnić poniższą tabelę (Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej), w razie braku przynależności do grupy kapitałowej, należy tabelę przekreślić.

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1076.) - rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

……………………………………. …………………………

 miejscowość, dnia pieczęć, podpis/y