SZPITAL POWIATOWY W RYKACH  
SPÓŁKA Z O.O.

ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki  
NIP: 5060118185 REGON: 382358228  
tel. 533 327 028

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego  
w trybie przetargu nieograniczonego pn. *„Dostawa leków i innych produktów medycznych*

*dla Szpitala* *Powiatowego w Rykach Sp. z o. o."*

na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczam/my, że:

* należę/ymy do grupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów – Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), o której mowa  
  w art.108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, w skład której wchodzą następujące podmioty: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

* nie należę/ymy do grupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.  
  o ochronie konkurencji i konsumentów – Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), o której mowa  
  w art. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp \*.

\* *Zaznaczyć odpowiedni kwadrat.*

…………………………………… (miejscowość), dnia ……………………………………….. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

4 Nr sprawy: ZP/SZP/03/2021

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE** | *Załącznik Nr 5* |
| **Wykonawca:**  …………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………….  (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/KRS) | |