

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

brak podstaw wykluczenia

ŚWIADCZENIE USŁUG KOMPLEKSOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW CENTRUM NAUKI KOPERNIK I CZŁONKÓW ICH RODZIN

....., dnia

DANE WYKONAWCY¹:

Nazwa:

Adres:

Ja/My niżej podpisany/-i
jako uprawniony/-eni do działania w imieniu i na rzecz Wykonawcy/-ów wskazanego/-ych wyżej, w odpowiedzi na ogłoszenie o prowadzonym na podstawie art. 138o ustawy *Prawo zamówień publicznych* postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „*świadczenie usług kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Centrum Nauki Kopernik i członków ich rodzin*,”

OŚWIADCZAM, ŻE WYKONAWCA:

***nie należy** do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy *Prawo zamówień publicznych*, co Wykonawcy którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu,

***należę** do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy *Prawo zamówień publicznych*, co wskazany poniżej Wykonawca, którego oferta została złożona w niniejszym postępowaniu:

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres podmiotu
1		
2		
3		
etc.		

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy

UWAGA: Niniejszy dokument przekazuje Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust 5 ustawy *Prawo zamówień publicznych* na zasadach określonych w ogłoszeniu.

¹ W przypadku Wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich Wykonawców.