

**ZAŁĄCZNIK NR 5
OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Znak sprawy: 1/2016/PCM

**INFORMACJA WYKONAWCY
O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy

.....

Zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerami kodów pocztowych):.....

.....

.....

biorący udział w Postępowaniu o udzielenie Zamówienia wszczętego w trybie przetargu nieograniczonego, prowadzonego pod nazwą „**Świadczenie usług w zakresie ubezpieczenia mienia, odpowiedzialności cywilnej i pojazdów dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy**”, zwane dalej Postępowaniem, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.), zwanej dalej jako Ustawa Pzp, informuje, że Wykonawca którego reprezentuję:

- **nie należy do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 Ustawy Pzp*,
- **należy do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp* i zgodnie z wymogami wskazanej ustawy, w związku z czym składam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej:
 1.
 2.
 3.

.....
(miejsce, data i podpis Wykonawcy)

**niepotrzebne skreślić*