

**ZAŁĄCZNIK NR 6
OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O
ZAMÓWIENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Znak sprawy: 1/2016/PCM

**INFORMACJA PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCÓW
WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA
O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Zarejestrowane nazwy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:.....

.....

Zarejestrowane adresy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (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.

Działając jako Pełnomocnik wyżej wymienionych Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia w Postępowaniu informuję, że Wykonawcy których reprezentuję:

- **nie należą do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 Ustawy Pzp*,
- **należą do grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp* i zgodnie z wymogami wskazanej ustawy, składam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (listę składa się oddzielnie dla każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia):

1.
2.
3.

.....
(miejsce, data i podpis Pełnomocnika
Wykonawców wspólnie ubiegających się
o udzielenie Zamówienia)

*niepotrzebne skreślić