**Załącznik Nr 5 do SIWZ**

# MSS-TZP-ZPP-26-14/19

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy ......................................................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................................................

Numer telefonu ......................................................................................................

Numer faxu ......................................................................................................

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na realizację zamówienia **na „Dostawę rękawic medycznych”** oświadczamy, że **nie należymy/ należymy\*** do Grupy Kapitałowej o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23) ustawy Prawo Zamówień Publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.).

**\*niepotrzebne skreślić - w przypadku przynależności do Grupy Kapitałowej Wykonawca dołączy do oferty listę podmiotów należących do tej samej Grupy Kapitałowej.**

(Wykonawca w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy PZP, przekaże zamawiającemu na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy PZP oświadczenie o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej)

................................ dn. ............................

(miejsce i data wystawienia)

.............................................................

podpis i pieczęć Wykonawcy