**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………...….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………..………………………………………………..…………………………………………………………...

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

*(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 Ustawy)*

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp (tryb podstawowy bez negocjacji) pod nazwą:

**ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE STACJONARNEJ OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA**

**w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym** Nr referencyjny: ZP/15/2021,

**Ja(My) niżej podpisany(i),** reprezentując(y) firmę, której nazwa jest wskazana w pieczęci nagłówkowej, jako upoważniony(eni) na piśmie lub wpisany(i) w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanej przez(e) mnie(nas) firmy **oświadczam(y), że:[[1]](#footnote-1)**

* należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy z następującymi uczestnikami przedmiotowego postępowania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (firma) | Siedziba |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* nie należę do tej samej grupy kapitałowej z uczestnikami przedmiotowego postępowania

**Oświadczenie opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania**

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)