**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

***Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Kielcach***

***25-663 Kielce, ul. Karola Olszewskiego 2A***

 *(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

Biorąc udział w postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest**: „Dostawa kart podarunkowych przedpłaconych (prepaid) dla pracowników WOMP w Kielcach”,*,***

**ja/my (imię i nazwisko) .......................................................................................................**

**jako upoważniony/upoważnieni przedstawiciel/przedstawiciele\* Wykonawcy**

**..........................................................................................................................**

*(nazwa wykonawcy)*

oświadczam, że\*:

1. **nie przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 1705 z późn. zm.) w stosunku do Wykonawców, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego;
2. **przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 1705 z późn. zm.) z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, tj. …………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej: …………. ………………………………………………………………………………………

*\*Niepotrzebne skreślić*

UWAGA:

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

.