

Zamawiający:

Dom Pomocy Społecznej w Konstantynowie
Ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 6-12
21-543 Konstantynów

Wykonawca:

.....

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

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ
GRUPY KAPITAŁOWEJ**

oświadczamy, że:

nie należymy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z wykonawców,

którzy złożyli ofertę w niniejszym postępowaniu *)

lub

należymy do tej samej grupy kapitałowej z następującymi Wykonawcami *)

w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów.

Lista Wykonawców składających ofertę w niniejszy postępowaniu,

należących do tej samej grupy kapitałowej *)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***) NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**

..... (miejsowość), dnia r.

.....