

**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.

.....

