Załącznik nr 8 do SWZ – Oświadczenie – Grupa kapitałowa

**Znak postępowania ZP8/2023**

 **Zamawiający:**

 **Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Nysie**

 **ul. Armii Krajowej 7, 48-300 Nysa**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,
o której mowa w art. 108** **ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. –**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Ustawa)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Państwową Akademię Nauk Stosowanych w Nysie, ul. Armii Krajowej 7, 48-300 Nysa, pn.

**Dostawa wyposażenia Centrum Symulacji Medycznej dla kierunku *Ratownictwo medyczne***

**1.\* Oświadczam, że nie należę do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o Ochronie Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275 t.j. ), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową w niniejszym postępowaniu.\*

**2\* Oświadczam, że należę do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o Ochronie Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275 t.j. ), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową w niniejszym postępowaniu oraz

Składam listę podmiotów, razem z którymi przynależymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. O Ochronie Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. z z 2021 r. poz. 275 t.j.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Nazwa podmiotu** |  **Adres podmiotu** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

Jednocześnie przedkładam następujące dokumenty lub informacje, potwierdzające przygotowanie oferty, oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej

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

***\*Należy skreślić pozycje 1 lub 2***

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

 *miejscowość, data*

 …………………………………………

  *Kwalifikowany podpis elektroniczny*