Nr sprawy MOPS-DFK.232.1.2017

**Załącznik zamówienia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(nazwa i siedziba Wykonawcy)

## **Miejski Ośrodek Pomocy**

## **Społecznej w Kaliszu**

**ul. Obywatelska 4**

**62-800 Kalisz**

OŚWIADCZENIE

*(informacje na temat grupy kapitałowej, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp)*

Ja .......................................................................................................................................................

/imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, stanowisko służbowe/

reprezentując i mając pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu :

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

/nazwa i adres wykonawcy/

**Oświadczam/y, że do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dn.16.02.2007r o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2017r, poz.229) należą:**

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

……………………………………………………….

/podpis/y, pieczątki osoby/osób upoważnionych/

**Oświadczam/y, że nie należymy do grupy kapitałowej o której mowa w art.24 ust. 1 pkt.23 ustawy Prawo zamówień publicznych.**

……………………………………………………….

/podpis/y, pieczątki osoby/osób upoważnionych/