

\_\_\_\_\_, 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

upoważnionych/

.....  
/podpis/y, pieczęćki osoby/osób

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

.....  
/podpis/y, pieczęćki osoby/osób upoważnionych/