***Załącznik Nr 10 do SWZ***

***OŚWIADCZENIE O GRUPIE KAPITAŁOWEJ***

**ZAMAWIAJĄCY:**

**OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W DOPIEWIE**

**WYKONAWCA:**

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

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

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

reprezentowany przez:

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, prowadzonego przez **Zamawiającego informuję, że\*:**

nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275) z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w w/w postępowaniu

należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275) z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w w/w postępowaniu:

1. nazwa podmiotu……………………………………………..……………………

2. nazwa podmiotu……………………………………………..……………………

Jednocześnie przedstawiam dowody, że powiązania z w/w Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

…………………………………………………

*czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis*

*wraz z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

**\*Należy wybrać właściwe i zaznaczy**