**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego**

Nr postępowania: OR-3412-02/2020

Pełna nazwa(firma) wykonawcy:

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

Adres siedziby wykonawcy:

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

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

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**w Zapytaniu ofertowym na realizację usług o nazwie:**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie badań profilaktycznych na rzecz pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Brzegu oraz badań dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy.**

Ja(my), niżej podpisany(ni) oświadczam(y), że jako Wykonawca(\*niepotrzebne skreślić)

**nie należę / należę \*** do tej samej grupy kapitałowej.

Przedkładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (wypełnić w sytuacji gdy Wykonawca należy do grupy kapitałowej).

1. ………………………………………………
2. ………………………………………………
3. ………………………………………………..

W związku z powyższym oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………….......................  (dnia) | ..............................................................................  (pieczątka imienna wraz z podpisem  lub czytelny podpis osoby upoważnionej  do reprezentowania wykonawcy) |