**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi**

**ul. Kilińskiego 102/102a, 90-112 Łódź**

1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** | **NIP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego
w trybie przetargu nieograniczonego pn. **zorganizowanie i przeprowadzenie szkolenia zawodowego „Opiekun osób starszych - zależnych” dla 2 osób dla Uczestników Projektu „Aktywizacja Plus”,** na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczam/my, że:

* należę/ymy do grupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.
o ochronie konkurencji i konsumentów – Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), o której mowa
w art. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, w skład której wchodzą następujące podmioty: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

* nie należę/ymy do grupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.
o ochronie konkurencji i konsumentów – Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.), o której mowa
w art. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp \*.

\* *Zaznaczyć odpowiedni kwadrat.*

|  |  |
| --- | --- |
| …………………..…… | ………………………….……………………….. |
| Miejscowość / Data | Imię i nazwisko osoby(osób) upoważnionej(ych) do złożenia kwalifikowanego podpisu elektronicznego |

1. Wykonawca modeluje tabelę powyżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-1)