**Załącznik nr 5 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi

90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a

1. **WYKONAWCA:**

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

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn. **Zorganizowanie   
i przeprowadzenie szkolenia zawodowego „Magazynier z obsługą programów magazynowych z obsługą wózków jezdniowych podnośnikowych z wyłączeniem specjalizowanych” dla 10 uczestników projektu pn. „Dobry początek”**, 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 2021 r. poz. 275), o której mowa   
  w 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 2021 r. poz. 275), o której mowa   
  w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp\*.

\**Zaznaczyć odpowiedni kwadrat.*

|  |  |
| --- | --- |
| …………………….……… | ……………………………………………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).  Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana  w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub  w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego. |

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