***Załącznik Nr 5 do SWZ***

**Wykonawca1:**

…………………………………………………………………………

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

**reprezentowany przez:**

……………………………………

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dotyczące przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ***„*Świadczenie usług na rzecz Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych polegających na rezerwacji, zakupie i sukcesywnych dostawach biletów lotniczych na zagraniczne i krajowe przewozy pasażerskie oraz rezerwacji i zakupie miejsc hotelowych w celu zabezpieczenia działalności Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, a w szczególności udziału Weteranów walk o Niepodległości RP, działaczy opozycji antykomunistycznej, kierownictwa Urzędu, osób reprezentujących Urząd oraz pracowników Urzędu w obchodach upamiętniających tradycje walk o niepodległość i suwerenność Rzeczypospolitej Polskiej przez okres 36 miesięcy”** oświadczam, co następuje:

**□nie przynależę o tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2021 poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w ww. postępowaniu,

**□przynależę do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2021 poz. 275) z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w ww. postępowaniu oraz dołączam dokumenty/informacje**2)** potwierdzające przygotowanie oferty w ww. postępowaniu niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej;

**Lista podmiotów**\*\*

**należących do tej samej grupy kapitałowej**

**(dot. złożenia ofert przez Wykonawców należący do tej samej grupy kapitałowej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podmiotu z adresem | Uwagi |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

…………….…….................................*(miejscowość),* dnia ………….……..... r.

1 – należy wypełnić;

2 – niepotrzebne skreślić

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektroniczny**