

.....
(Wykonawca/y – nazwy firmy)

.....
(siedziba)

Dotyczy: „ **Dowozu osób niepełnosprawnych na terapię zajęciową do Warsztatu Terapii Zajęciowej w Bytowie.**

**LISTA PODMIOTÓW NALEŻĄCYCH DO TEJ SAMEJ
GRUPY KAPITAŁOWEJ, O KTÓREJ MOWA W ART.24 UST.2 PKT.5
USTAWY PZP ALBO INFORMACJA O TYM, ŻE WYKONAWCA NIE NALEŻY
DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Oświadczam, że należymy/ nie należymy* do grupy kapitałowej, o której mowa w art.24 ust.2 pkt.4 ustawy Pzp w skład której wchodzi następujące podmioty:

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4)
- 5).....

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)