

.....  
( 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)