**Załącznik nr 6 do SWZ**

Nazwa i adres Wykonawcy:

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALE ŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁ OWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „Świadczenie usług opiekuńczych dla osób zamieszkujących na terenie miasta i gminy Bystrzyca Kłodzka w okresie 01.01.2024 r. – 31.12.2024 r. ,prowadzonego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Bystrzycy Kłodzkiej, oświadczam, co następuje:

**przynależę / nie przynależę\***

do tej samej grupy kapitałowej co ubiegający się o przedmiotowe zamówienie Wykonawca/y

*(należy podać nazwę i adres Wykonawcy/ów w przypadku przynależności do jednej grupy kapitałowej).*

\*\*Jednocześnie oświadczam, że powiązania z ww. Wykonawcą/ami\* nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia, ponieważ

*(należy podać wyczerpujące uzasadnienie)*

*Do niniejszego oświadczenia wykonawca może załączyć dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.*

***\* niewłaściwe skreślić***

***\*\* należy wypełnić jeżeli dotyczy***

…............................................

Podpis kwalifikowany, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy)