



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Busku Zdroju  
ul. Bohaterów Warszawy 67, 28 – 100 Busko Zdrój, woj. Świętokrzyskie  
tel. centr. (041)-378-24-01, tel./fax (041) 378-24-01 wew. 244  
REGON 000311467 NIP 655 – 16 – 62 – 705 Nr rej. PZOZ20  
Strona internetowa;www.zoz.busko.com.pl  
e-mail: zamowienia@zoz.busko.com.pl

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/47/14**

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

.....  
.....  
.....

(Nazwa i adres wykonawcy)

....., dnia ..... 2014 r.

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

W związku ze złożeniem oferty w przetargu nieograniczonym na „**Dostawę rękawów do sterylizacji oraz akcesori do koagulacji dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju**”, prowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759) oświadczam, iż:

zgodnie z przepisem art. 22 ust.2 pkt. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Tekst jednolity Dz. U. 2010 r., Nr 113 poz. 759 z późn. zm) oświadczam/y, że:

należymy, nie należymy\* do grupy kapitałowej.  
(\*niewłaściwe skreślić)

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników :

.....  
.....  
.....

(Wykonawca nie należący do grupy kapitałowej przekreśla powyższe rubryki)

.....  
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących  
w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań  
w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu