Projekt „Razem dla aktywności” realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, działanie 6.26 integracja osób w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, typ projektu A-działania mające na celu integrację osób w szczególnej sytuacji realizowane przez gminy i powiaty.

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**PCPR/261/14/2025**

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług psychologicznych dla Uczestników Projektu „Razem dla aktywności” ,** oświadczam, co następuje:

**Przynależę/ nie przynależę\***  do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów z innymi wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu.

1. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

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

1. Oświadczam, że w przypadku przynależenia do tej samej grupy kapitałowej powiązania
z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu, ponieważ

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

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz
z niniejszym oświadczeniem informacje, potwierdzające przygotowanie oferty w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej;*

***Dokument należy złożyć w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym .***

 ***Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty***