Załącznik 2 do zapytania ofertowego

 ....................., dnia ..................

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

 Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/P/2016 w ramach projektu pn. „AKTYWNOŚĆ TO ZDROWIE”-Rehabilitant- Asystent- Psycholog , kompleksowe wsparcie domowe osób niepełnosprawnych , współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) ................................................................................................................. oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na: a)uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; b)posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji; c)pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika; d)pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

............................................. dnia ...................................

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

 Podpis Wykonawcy