

Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia, na świadczenie usług usług: pielęgniarskich, lekarza, psychologa, logopedy, rehabilitanta /fizjoterapeuty w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu w ramach projektu: IX Włączenie społeczne, IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, IX.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne Nr. konkursu RPLD.09.02.01-IP.01-10-002/19 pod nazwą „Długoterminowa opieka medyczna dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” oświadczam, iż nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo i/lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego Oddział w Sieradzu lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu PTSR O/Sieradz lub osobami wykonującymi w imieniu PTSR O/Sieradz 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

(podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)