Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

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

Nazwa i adres Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 4/DRDOZN/PFRON/2023 w ramach projektu pn.„DZIAŁAMY RAZEM DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” 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