



Pieczęć (imię i nazwisko) wykonawcy

O Ś W I A D C Z E N I E

Składając ofertę w trybie zapytania ofertowego na **Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie Mobilnej Poradni Laktacyjnej dla Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. znak sprawy ZO/M/2/2018/1**, jako oferent, oświadczam, że:

że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Dostawcy a Dostawcą, polegające w szczególności na:

- 1) uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- 2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- 4) 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.

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy