ZPO/4/2023 Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa: …………………………………………

Adres: ………………………………………………..

Tel.: ………………………………………………….

Adres email: ………………………………………….

NIP …………………………………………………...

REGON ………………………………………………

KRS/nr ewidencyjny …………………………………

**Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Dotyczy zamówienia:

**Sukcesywna dostawa środków ochrony indywidualnej do Działu Farmacji Szpitalnej   
w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Ostrołęce.**

Niniejszym oświadczam, że firma …………………………………………………………….., nie jest powiązana osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym czyli Zakładem Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Ostrołęce.

Oznacza to, że nie występują wzajemne powiązania między Zamawiającym a Wykonawcą   
lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem, przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy i świadczeniem usługi, 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   
   lub 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.

***…………………………………………..***

pieczątki i podpis osób upoważnionych