Polskie Towarzystwo
Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Koninie
ul. Noskowskiego 1A
62-510 Konin
tel. 798 496 177

Krok do formy ON II

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

……....., dnia .....

.....
nazwa i adres Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 42/KDF-ONII/PFRON/2021
w ramach projektu pn. *Krok do formy ON II* 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

* *niewłaściwe skreślić*