**HOSPICJUM SOSNOWIECKIE IM. ŚW. TOMASZA AP.**

41-218 Sosnowiec, ul. H. Dobrzańskiego 131

tel. 32 832 94 01 , 32 293 23 13

www.hospicjumsosnowiec.pl

**Organizacja Pożytku Publicznego KRS 0000056797**

nr konta : Alior Bank/Sosnowiec 30 2490 0005 0000 4530 2242 6524

D O M O W A I S T A C J O N A R N A O P I E K A H O S P I C Y J N A

**Załącznik Nr 3 do Zapytania ofertowego 05/EFS 9.2.1/2023**

……………………………………………

miejscowość, data

Nazwa/imię i nazwisko: ………………………………………………..

Adres: ………………………………………………..

NIP: ………………………………………………..

REGON: ………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**o baku powiązań z Zamawiającym**

Ja, niżej podpisana/yprzystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczącego transportu osób starszych, oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z zamawiającym.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy wykonawcą a 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, 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 (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.

………………………………..………………….……

Podpis oferenta lub osoby upoważnionej/

 osób upoważnionych do reprezentowania oferenta