**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO FORMULARZA OFERTY**

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

dla postępowania, którego przedmiotem jest: „Zakup sprzętu medycznego” w ramach projektu pn. Podniesienie jakości usług medycznych poprzez zapewnienie opieki koordynowanej nad matką i dzieckiem w SP ZOZ GOZ w Konopiskach w wyniku przeprowadzenia prac remontowo-budowlanych i zakupu sprzętu medycznego nr UDA-RPLS.10.01.00-24-0592-/17-00 w ramach RPO woj śląskiego na lata 2014-2020 ,oś priorytetowa X” Rewitalizacja oraz infrastruktura społeczna i zdrowotna” Działanie 10.1”Infrastruktura ochrony zdrowia”

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 przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na: Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, 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,

JA, MY\* NIŻEJ PODPISANY/NI\*

Oświadczam/my, że Wykonawca/y, którego/ych reprezentuję, nie jest/są powiązany/i kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

\*niepotrzebne skreślić