



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4

tel. 638901768; 798776362

NIP 665-24-80-822 Regon 311109236

www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl

Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(dane adresowe Wykonawcy)

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2017 w ramach projektu
pn. „RAK 2017 REHABILITANT – ASYSTENT – KONSULTANT”
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