



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

.....  
nazwa i adres Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 14/HAS-OzN/PFRON/2023  
w ramach projektu pn. *Holistyczna aktywność społeczna OzN* 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