



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Nazwa i adres Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 18/2023w ramach projektu pn.
„Warsztaty kulturalne. Twórcza i turystyczna aktywność osób
niepełnosprawnych”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

.....

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



*Warsztaty kulturalne.
Twórcza i turystyczna aktywność
osób niepełnosprawnych.*

Podpis Wykonawcy