



Holistyczna aktywność społeczna OzN II

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
nazwa i adres Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 15/HAS-OzNII/PFRON/2024
w ramach projektu pn. *Holistyczna aktywność społeczna OzN II* 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*