Załącznik nr 17a do Procedury naboru

……

……

(nazwa i adres oferenta)

……

(NIP oferenta)

OŚWIADCZENIE
o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym
Przychodnia Vita Med Sp. z o.o. Sp. k.

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia prowadzonym w ramach Przedsięwzięcia pn. Zwiększenie dostępności do świadczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej dla osób ze szczególnymi potrzebami w Przychodni VITA-MED w ramach Projektu grantowego pn. „Dostępność Plus dla AOS", realizowanego w ramach Działania FERS: 03.07 programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, **niniejszym oświadczam/oświadczamy, że nie ma podstaw do wykluczenia mnie/nas z postępowania o udzielenie zamówienia z uwagi na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym,** tj. wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniami przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…… ……

(miejscowość, data) (podpis / pieczęć upoważnionego Przedstawiciela Oferenta)