*Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr PDZP -26/P-101/20 z dnia 24.07.2020 r.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamawiający:** | **Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach**  ul. Karola Olszewskiego 2A  25-663 Kielce  NIP: 9591416799  REGON: 290526384 |
| **Numer postępowania:** | *PDZP -26/P-101/20* |
| **Dotyczy** | postępowania ofertowego prowadzonego zgodnie z zasadą konkurencyjności na zakup sprzętu |

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH**

Wykonawca - ……………………………………………………………………………………………………………………………..[[1]](#footnote-1) oświadcza, że nie jest/jest[[2]](#footnote-2) powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a oferentem/Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………….

(miejscowość i data)

………..…..……………………………………

(podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

1. pełna nazwa i adres Wykonawcy; [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić; [↑](#footnote-ref-2)