*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowefo nr ZRYW.ZO.1*

…………….…………………

(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU POWIĄZAŃ I SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU**

**W POSTĘPOWANIU**

**DOTYCZY POSTĘPOWANIA NR ZRYW.ZO.1**

na wykonanie usługi przeprowadzenia badań lekarskich w ramach projektu

*„Uprawnienia zawodowe Twoją szansą”*

Oświadczam, że osoba/ podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania:

1. Nie jest powiązany z 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 osobowo lub kapitałowo w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,

- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

- 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.

…………………………………….

Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy