|  |
| --- |
|  |

………………………..

**WYKONAWCA:** *miejscowość, data*

*….................................….…*

*(Nazwa wykonawcy)*

*….................................….…*

*(adres wykonawcy)*

*….................................….…*

*(adres do korespondencji)*

*tel...................................., fax ........................................, e-mail …….…@....................................,*

*NIP .............................................................. , REGON ….................................….…………….. ,*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące realizacji programu pn. „zdrowy kręgosłup”; zadanie nr 1 „kwalifikacja uczestników” oraz zadanie nr 3 „interwencja terapeutyczna”; w podziale na 2 części:

CZĘŚĆ NR 1

Usługi medyczne z zakresu rehabilitacji medycznej dzieci w klasach I-VI - usługi lekarskie (kwalifikacje i badania).

CZĘŚĆ NR 2

Usługi w zakresie rehabilitacji medycznej dzieci w klasach I-VI - indywidualne porady fizjoterapeutyczne i zajęcia ruchowe.

**oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i 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 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.

………………………………………………………..

Podpis wykonawcy