

Załącznik nr 2

.....
(miejsowość, data)

.....
(oznaczenie Wykonawcy / pieczęć)

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Składając ofertę w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe dotyczące: **świadczenie usług w zakresie medycyny pracy** oświadczam, że nie jestem powiązana/y z:

- osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego
- 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)

.....
(podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
oraz pieczętka / pieczętki)