

Załącznik nr 3 do Zapytania Cenowego

....., dnia

ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

ul. Szpitalna 60,

16 – 400 Suwałki

Tel. 87 562 95 95

Adres e mail: zamowienia@szpital.suwalki.pl

WYKONAWCA:

.....

.....

.....

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH
Z ZAMAWIAJĄCYM**

Oświadczam, iż ubiegając się o zamówienie na **Zakup sprzętu medycznego w ramach projektu pt. Poprawa dostępności osób niepełnosprawnych do publicznej opieki ginekologiczno-położniczej w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach dofinansowanego ze środków PFRON w ramach programu „Dostępna przestrzeń publiczna”** nie jestem powiązany z Zamawiającym, Szpitalem Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałk, tel. 87 562 95 95, **osobowo lub kapitałowo w rozumieniu zapisów Wytocznych w zakresie kwalifikowania wydatków.**

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 wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez instytucję zarządzającą w wytycznych programowych,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) 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.

.....

(miejsowość i data)

.....

*(podpis osób(-y) uprawnionej
do składania oświadczenia
woli w imieniu wykonawcy)*