**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 i dostawa szafy medycznej do przechowywania endoskopów dla Szpitala Wojewódzkiego im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach** 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 Wytycznych 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………**(miejscowość i data)* | *……………………………………………**(podpis osób(-y) uprawnionej**do składania oświadczenia**woli w imieniu wykonawcy)* |