**

*Załączniki nr 2 do zapytania ofertowego*

................................................

(pieczęć firmowa Wykonawcy/imię i nazwisko Wykonawczy)

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

**(****Zapytanie ofertowe pn.: Świadczenie usług terapeutycznych przez rehabilitanta/fizjoterapeutę dla pensjonariuszy Ośrodka Wsparcia Dziennego w Raczkowej – Gmina Sanok)**

Ja, niżej podpisany, ……………………………………………………………………………………………………………………………
 (Imię i nazwisko Wykonawczy/Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji)

Oświadczam, że ………………………………………………………………………
 (Nazwa Wykonawcy)

nie jest podmiotem powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przyjmując, że przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemnie powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
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.

*Miejscowość ................................ dnia ................2023 roku.*

*........................................................................*

*(Podpis osoby/pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*