

Załącznik numer 3 do SWZ nr. 1/EU/2023

....., dnia.....

.....
Nazwa Wykonawcy

.....
Adres Wykonawcy

Do:
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gołdapi
ul. Wolności 11, 19-500 Gołdap
REGON 519486676
NIP 8471476692
Osoba do kontaktu Ewa Wasilewska

Adres do korespondencji:

.....
.....

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH / KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM

Nawiązując do zapytania ofertowegoz dnia
ja, niżej podpisany

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

działając w imieniu i na rzecz:

.....
(dane Wykonawcy – pełna nazwa i adres firmy)

oświadczam, że

nie jestem powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, 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 przygotowaniem i przeprowadzeniu procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegającą w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu 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, pieczęć oraz czytelny podpis wykonawcy