Załącznik nr 3 do SWZ

……………………………, 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 ofertowego …………………….z 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:

1. uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. 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