

ZAŁĄCZNIK NR 2

Dotyczy: Rozeznania rynku - usługi logopedyczne na Realizację usług społecznych w społeczności lokalnej dla osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w projekcie „Ludzki gest - wsparcie osób niesamodzielnych w powiecie obornickim” z dn. 29-04-2021

..... miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

o braku występowania powiązań z BENEFICJENTEM

BENEFICJENT:

WSPÓLNOTA WOLONTARIUSZY HOSPICYJNYCH "LUDZKI GEST" IM. JANA PAWŁA II

ul. Droga Leśna 60, 64-600 Oborniki

NIP: 606-008-95-09

WYKONAWCA składający oświadczenie (imię i nazwisko, adres, NIP/PESEL):

.....

Oświadczam, że osoba / podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jest powiązany z BENEFICJENTEM osobowo lub kapitałowo.

Niniejsze oświadczenie oznacza, że NIE JESTEM powiązany z BENEFICJENTEM lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu BENEFICJENTA lub osobami wykonującymi w imieniu BENEFICJENTA czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta,
- pełnomocnika;
- pozostawanie 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.

.....

Podpis składającego oświadczenie

(tożsamy z osobą lub osobami reprezentującymi Wykonawcę