



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 17a do Procedury naboru

.....

.....
(nazwa i adres oferenta)

.....
(NIP oferenta)

OŚWIADCZENIE

o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

PRZYCHODNIA MEDYCyny RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Katowicka 11, 41-600 Świętochłowice NIP: 6272765702

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia prowadzonym w ramach Przedsięwzięcia pn. „POPRAWA DOSTĘPNOŚCI DO USŁUG MEDYCYNICH DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI W PODMIOCIE NZOZ PMR ŚWIĘTOCHŁOWICE”, w ramach Projektu grantowego pn. „Dostępność Plus dla AOS”, realizowanego w ramach Działania FERS: 03.07 programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, niniejszym oświadczam/oświadczamy, że nie ma podstaw do wykluczenia mnie/nas z postępowania o udzielenie zamówienia z uwagi na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym, tj. wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i 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,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności pozostawanie 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis / pieczęć upoważnionego Przedstawiciela Oferenta)