

Projekt „Kompleksowe wsparcie medyczne zapewnieniem poprawy zdrowia osób niesamodzielnych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 06 /9.2.2/2018 z dnia 6 grudnia 2018 roku

Oferent:

adres:

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y:,
niniejszym oświadczam, że jestem/nie jestem* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym udzielającym zamówienia w trybie zapytania ofertowego nr 06/9.2.2/2018 na świadczenie usług lekarza rehabilitacji, w ramach projektu pod nazwą:
„Kompleksowe wsparcie medyczne zapewnieniem poprawy zdrowia osób niesamodzielnych” (projekt nr RPLD.09.02.02-10-0013/16),

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ 2014-2020) współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi priorytetowej IX: Włączenie społeczne, Działanie IX.2: Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.2: Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;*
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;*
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;*
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*

.....
(podpis Oferenta)