

**Nr postępowania 1/2019/RPO**

**Załącznik nr 5 do Zapytania Ofertowego**

……………………………………….…

........................................................

Nazwa i adres Wykonawcy

....................................................

Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usług medycznych   
w ramach projektu współfinansowanego z UE pt. *„Zespół specjalistów Wczesnej Interwencji (ZSWI) w interwencji dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością”* w ramach 9. Osi priorytetowej region spójny społecznie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Działanie 9.2 usługi społeczne i zdrowotne poddziałanie 9.2.1 usługi społeczne i zdrowotne w regionie, oświadczam iż nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo i/lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między PSONI Koło w Wolbromiu lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu PSONI Koło w Wolbromiu lub osobami wykonującymi w imieniu PSONI Koło w Wolbromiu 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 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 Wykonawcy