Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr

OPS.023.7.2019

Ośrodek Pomocy Społecznej w Gołdapi
z siedzibą w Gołdapi ul. Jaćwieska 9, 19 – 500 Gołdap,
NIP 847-150-27-80, REGON 519606301
tel. +48 87 615 04 81; 601 522 723; fax: +48 87 615 38 35, e-mail: sekretariat@opsgoldap.com.pl
strona www: [www.opsgoldap.com.pl](http://www.opsgoldap.com.pl), strona bip: bip.goldap.pl

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH**

**LUB OSOBOWYCH**

**do zapytania ofertowego nr OPS.023.7.2019**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………..

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

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;

e) pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności tych osób.

Miejscowość i data …………………

………………………

Podpis i pieczęć wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić