

## Oświadczenie dotyczące braku powiązań osobowych lub kapitałowych Wykonawcy z Zamawiającym

**Wykonawca**  
**(imię i nazwisko,**  
**nazwa podmiotu):** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam/y, w imieniu Wykonawcy, że jako Wykonawca nie jestem/śmy powiązany/ni osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - **N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej, Wspólnik spółki cywilnej "Nasze Zdrowie", współnik spółki jawnej MEDICAL CLINIC PODHALE Michał Szczepaniak Ul. Nowotarska 294 34-431 Waksmund NIP: 775 240 93 56.**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. Uczestniczeniu w spółce jako współnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
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,
5. Pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności tych osób.

-----  
miejsowość, data

-----  
Pieczęć i czytelny podpis Oferenta