

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

**SPZOZ MEDIKSA
ul. Jana Pawła II 27
95-054 Ksawerów**

Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z zamawiającym

.....
(dane Oferenta)

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia w związku z realizacją projektu pn. „Pozbądź się bólu! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w Centrum Medycznym ANMED”, oświadczam, iż podmiot który reprezentuję nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

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 przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Oferty a oferentem, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub 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 lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

....., dnia

Miejscowość

.....
Pieczęć i czytelny podpis Oferenta

* Niepotrzebne skreślić