Załącznik nr 4 do Zapytania Ofertowego

………………,dnia………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Dotyczy Zapytania Ofertowego** tłumaczenia z języka polskiego na język ukraiński opisów w Katalogu Dobrych Praktyk **przy realizacji Projektu pn:** „Wspólna inicjatywa Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce i Lwowskiego Obwodowego Dziecięcego Szpitala Klinicznego ,,OHMATDYT’’ jako zwiększenie dostępności do usług opieki zdrowotnej w zakresie współczesnej chirurgii”, realizowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej EIS Polska – Białoruś – Ukraina 2014-2020 Priorytet 3.1 Wsparcie dla rozwoju ochrony zdrowia i usług socjalnych, Cel Tematyczny 3.1.1. Bezpieczeństwo, Wspólne wyzwania w obszarze bezpieczeństwa i ochrony**.**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH**

**LUB OSOBOWYCH**

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.

............................................... ..............................................................
Miejscowość, dataPieczęć i podpis osoby upoważnionej

\* Niepotrzebne skreślić