*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

**Oświadczenie oferenta o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z zamawiającym**

Pełna nazwa podmiotu:

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

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:

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

Stanowisko osoby składającej oświadczenie:

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

Składając ofertę w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na wykonanie studium wykonalności, wniosku wraz z wymaganymi załącznikami dla planowanego do realizacji zadania pod tytułem: **„Wsparcie Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku związane z ograniczaniem skutków pandemii COVID-19”.**

oświadczam, że: JESTEM/NIE JESTEM 1

powiązany/-a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku.

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 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 funkcj i 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.

1’niepotrzebne skreślić, brak skreślenia będzie równoznaczny z niezłożeniem oświadczenia, oferta będzie podlegała odrzuceniu.

……………………………. ……………………………………………………….

Miejscowość/data podpis osoby upoważnionej /osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy