



Załącznik nr 4

do zapytania ofertowego nr RPDS. 09.03.00-02-0010/20-00/14

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH

Ja niżej podpisany/a....., oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Powiatowym Zespołem Szpitali, ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica, osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Powiatowego Zespołu Szpitali lub osobami wykonującymi w imieniu Powiatowego Zespołu Szpitali czynności związanych z przygotowaniem lub przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się w szczególności:

- uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- pełnienie funkcji organu nadzorczego lub zarządzającego prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Oferenta