2/2026/FENX

Zamówienie realizowane w ramach projektu grantowego nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pod nazwą „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

**WYKONAWCA:** **……**

**……**
*(pełna nazwa/firma, adres)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia: **„WYMIANA DRZWI WEWNĘTRZNYCH W POMIESZCZENIACH GMINNEGO OŚRODKA ZDROWIA W JABŁONNIE”,** prowadzonego przez Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonnie, oświadczam, że nie posiadam powiązania osobowego lub kapitałowego z Zamawiającym.

Przez powiązanie osobowe lub kapitałowe 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 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 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.

Niniejsze oświadczenie składam świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego.

……
(podpis/y *osoby/osób upoważnionej/ych) do występowania w imieniu Wykonawcy)*

..... dnia .....
(miejscowość)