**Załącznik 2 do Zapytania Ofertowego**

……………………….., dnia ………………….

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Augustowie**

**ul. Szpitalna 12**

**16-300 Augustów**

**Strona internetowa:** [**www.**](http://www.wss.olsztyn.pl/)**spzoz.augustow.pl**

**e-mail: zp@spzoz.augustow.pl**

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

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

Oświadczam, iż ubiegając się o zamówienie na:

**Wykonanie usługi organizacji i przeprowadzenia warsztatów dla**

**podmiotów ochrony zdrowia w obszarze transgranicznym oraz w zakresie sieci zarzadzania transgranicznym systemem opieki zdrowotnej**

zamówienie realizowane w ramach projektu pn.:

**„WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

**nie jestem powiązany z Zamawiającym**, **Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Augustowie, osobowo lub kapitałowo w rozumieniu zapisów Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków**.

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 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez instytucję zarządzającą w wytycznych programowych,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej*  *do składania oświadczenia*  *woli w imieniu wykonawcy)* |