



.....
(Pieczęć, nazwa i adres Wykonawcy)

Zamawiający:

Świętokrzyski Związek Pracodawców Prywatnych

Lewiatan

ul. Warszawska 25/4

25-512 Kielce

Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe Zamawiającego na przygotowanie i realizację indywidualnych programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie specyficznych, zdiagnozowanych zdrowotnych czynników ryzyka w miejscach pracy, dla pracowników z obszarów wiejskich OSI w zakładach pracy województwa świętokrzyskiego w okresie od dnia 15.03.2019r. do 30.06.2020r.

My, niżej podpisani:

.....
.....
(imię i nazwisko, funkcja)

działając w imieniu Wykonawcy:

.....
(nazwa/firma i dokładny adres Wykonawcy – Zamawiający dopuszcza odbicie pieczęci firmowej zawierającej te dane)

NIP:

KRS: ** (w zależności od podmiotu) CEI: ** (w zależności od podmiotu)

(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składa odrębne oświadczenie)

składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu, w celu uniknięcia konfliktu interesów oświadczamy, że:

JESTEŚMY */ NIE JESTEŚMY* (niepotrzebne skreślić)

podmiotem powiązaniem osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym w rozumieniu Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, tj. przez powiązania kapitałowe lub osobowe 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:

- uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu, co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 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.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy