

Projekt pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943

Załącznik nr 2

Zamawiający:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

Wykonawca:

.....

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

#### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ WYKONAWCY Z ZAMAWIAJĄCYM

Jako Wykonawca starający się o uzyskanie zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym nr DRP/ZO/03/2023 do składania ofert na świadczenie usługi szkoleniowej w ramach projektu: „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia ze względu na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym, przez które 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, w szczególności:

- 1) Nie uczestniczę w spółce Zamawiającego jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- 2) Nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- 3) Nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 4) Nie pozostaję 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 z Zamawiającym.

..... dn .....

Podpis osoby uprawnionej