Załącznik nr 1do zapytania ofertowego

|  |
| --- |
| Pieczęć Wykonawcy |

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

dot. zapytania ofertowego dot.świadczenie opieki medycznej na rzecz pracowników Zakładu Aktywności Zawodowej w Łowiczu z dnia 10.04.2017 r.

Ja/my niżej podpisany(a)/-ni …………………………………………………………………………………………………..

**oświadczam/-y, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe 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:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

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

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa   
w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa),   
w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

\* Niepotrzebne skreślić

........................ ........................ ...................................

/miejscowość/ /data/ /podpis Wykonawcy/