

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań

OŚWIADCZENIE

**dotyczy postępowania na udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności
w zakresie dostawy sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego
na prowadzenie działalności określonej w projekcie
„Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego
w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opieką domową”**

Nazwa Oferenta	
Adres Oferenta	

W związku z udziałem w postępowaniu na udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności w zakresie **dostawy sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego** na prowadzenie przez Pallmed sp. z o. o. działalności określonej w projekcie „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opieką domową”, ja niżej podpisana/y oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo ani kapitałowo z Zamawiającym i osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury dostawy sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego (Szymon Wojciechowski, Beata Orłowicz).

Oświadczam, że nie występują wzajemne powiązania kapitałowe lub osobowe, poprzez które rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami uprawnionymi 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 drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość, data i podpis osoby/osób
uprawnionych do podejmowania decyzji
w imieniu Wynajmującego



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

