Projekt nr umowy RPLD.09.02.01-10-E006/18 „Nie ma jak w domu- wsparcie w formie zdeinstytucjonalizowanej dla grupy osób niesamodzielnych" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 01/03/2020/PI

……..., dnia……....

…….

Pieczątka Wykonawcy

**Dotyczy**: zapytania ofertowego obejmującego usługę zapewnienia wyżywienia w postaci przygotowania i dostarczenia dwudaniowego posiłku/obiadu (przy uwzględnieniu zgłaszanych diet) dla Uczestników Projektu pn.: „Nie ma jak w domu- wsparcie w formie zdeinstytucjonalizowanej dla grupy osób niesamodzielnych" (RPLD.09.02.01-10-E006/18) współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, przebywających na oddziale dziennym rehabilitacji w Centrum Medycznym Szpital Świętej Rodziny Sp. z o.o.

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany (a) ……..

**oświadczam, 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.

.....

Data i podpis/ pieczątka osoby upoważnionej

* Niepotrzebne skreślić