

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 1/2020/COVID-19

Dane Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Tel. kontaktowy:

.....

E-mail:

.....

Dotyczy zapytania ofertowego: **Zapytania ofertowego nr 1/2020/COVID-19** na dostawę maseczek ochronnych, rękawic ochronnych na potrzeby projektu pn. „ Zapobieganie rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 na terenie miasta Lubawa współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach umowy o dofinansowanie nr RPWM.11.02.03-28-0010/20-00

OŚWIADCZENIE O NIEPOWIĄZANIU OSOBOWYM LUB KAPITAŁOWYM Z ZAMAWIAJĄCYM

Ja niżej podpisany/-a

.....

reprezentujący/-a podmiot

.....

oświadczam, że nie jestem powiązany/-a kapitałowo i/lub osobowo z Zamawiającym, tj. Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Lubawie lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce, jako współnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawanie 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.

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

.....

miejscowość, data

.....

czytelny podpis Wykonawcy