*Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego*

 *nr* GOPS.SKO 260. 111/2021

*Oświadczenie o braku wzajemnych powiązań kapitałowych*

*lub osobowych Wykonawcy i Zamawiającego*

**Wykonawca:**

……………………………………………………………….

………………………………………………………………..

(imię i nazwisko / pełna nazwa firmy/, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

………………………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU WZAJEMNYCH POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH WYKONAWCY I ZAMAWIAJĄCEGO**

Oświadczam/y, iż Wykonawca nie jest podmiotem powiązanym osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym tj. Gminą Michałowice / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej Gminy Michałowice z siedzibą w Regułach. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym tj. Gminą Michałowice / Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej Gminy Michałowice, lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. 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.

………………………………………………………………………………………………..

Podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………………………………………………………………………………………..

Data złożenia oświadczenia