

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

nr GOPS.5131.EFS2.09.2021 DK

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 powiązany 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