

*Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego
nr GOPS.260.189.2022*

.....
nazwa Wykonawcy

**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.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpisy osób upoważnionych do
reprezentowania Wykonawcy