***Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 1***

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań osobowych, organizacyjnych i kapitałowych**

Ja/My, niżej podpisany/-a/-i,

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(imię i nazwisko)*

działając w imieniu i na rzecz:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(nazwa Oferenta)*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(adres siedziby Oferenta)*

Przystępując do postępowania wynikającego z Zapytania Ofertowego nr 1 – dotyczącego **pełnienia funkcji Koordynatora programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej,** realizowanego w ramach projektu **pt. „Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.”** – oświadczam/-y, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

Jednocześnie oświadczam, że nasza firma nie jest powiązana z Zamawiającym w sposób opisany
w zapytaniu ofertowym.

(Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.)

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość)* *(podpis)*