**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr nr ZO/02/2024  
 z dnia 13.11.2024**

…………………………………..……………….

(adres Wykonawcy)

## **OŚWIADCZENIE O BRAKU ISTNIENIA ALBO BRAKU WPŁYWU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

Ja niżej podpisany/a,

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

oświadczam, że **jestem/nie jestem[[1]](#footnote-1)** powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świebodzinie. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji (o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa), pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub związaniu z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawaniu we wspólnym pożyciu z wykonawcą, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia,
* pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

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

Miejscowość / data

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

Wykonawca / pełnomocnik Wykonawcy

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)