*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 10 z dnia 15.11.2024 r.*

WYKONAWCA

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

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

(telefon)

……..……………………………………………..

(adres e-mail)

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

Oświadczam/y[[1]](#footnote-1), że nie jestem/śmy powiązany/na/ni osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumiem 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub z przepisów dotyczących zasad realizacji projektu objętego Zapytaniem Ofertowym,

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,

e) pozostawaniu z Zamawiającym w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności Zamawiającego przy udzielaniu zamówienia.

…….……………………………… …….………………………………

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

W nawiązaniu do Zapytania ofertowego nr 10 z dnia 12.15.2024 r., w związku z realizacją przedsięwzięcia pn. „Poprawa jakości i dostępności usług onkologicznych poprzez modernizację placówki MRUK-MED I sp. z o.o. w Rzeszowie” realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D1.1.1 „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych” w ramach naboru KPOD.07.02-IP.10-001/24

**–**  **oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w Postępowaniu:** w postepowaniu może wziąć udział Oferent, który jest producentem lub autoryzowanym dystrybutorem foteli zabiegowych do chemioterapii.

Na dowód przedstawiamy: ……………………………

…….……………………………… …….………………………………

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

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