**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 5/2025/01.05-396/23**

**Załącznik nr** 3

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

**I. ZAMAWIAJĄCY:**

**Wyższa Szkoła Zdrowia w Gdańsku ul. Pelplińska 7, 80-335 Gdańsk**

**NIP: 586-20-14-267, REGON: 191841493**

# II. OFERENT/WYKONAWCA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Oferenta: |  |
| Imię i nazwisko osoby właściwej do reprezentowania Oferenta: |  |

**Oświadczam, że pomiędzy:**

**Wyższą Szkołą Zdrowia w Gdańsku (Zamawiający) oraz osobami przeprowadzającymi procedurę wyboru Wykonawcy**

**a**

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………. (nazwa Oferenta)

**nie zachodzą powiązania kapitałowe oraz osobowe.**

**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:**

1. 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,
2. 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,
3. 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 i data Podpis Oferenta**