**Załącznik nr 4 - Oświadczenie o braku powiązań**

W związku ze złożeniem oferty na zapytanie ofertowe z dnia 03.02.2026 roku dotyczącego zakup i dostawę mebli szkolonych na potrzeby gabinetu do rewalidacji i sali terapeutycznej dla Szkół Podstawowych z terenu Gminy Łyse Podstawowych z terenu Gminy Łyse” zapytanie ofertowe jest realizowane w ramach projektu pt. „Akademia Możliwości - Edukacja Włączająca w Gminie Łyse” numer FEMA.07.02-IP.01-06UN/24 realizowanym przez Firmę Quality Partners s.c w partnerstwie z Gminą Łyse. Projekt jest współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet VII Fundusze Europejskie dla nowoczesnej i dostępnej edukacji na Mazowszu, Działanie 7.2 Wzmocnienie kompetencji uczniów. oświadczam, że **nie zachodzą** powiązania osobiste ani kapitałowe pomiędzy Quality Partners s.c., osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań, oraz osobami wykonującymi w imieniu Quality Partners s.c., czynności związane z przygotowaniem oraz wyborem oferty, a

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

(wpisać nazwę wykonawcy)

W szczególności:

1. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji (o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa), pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
2. pozostawanie 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 zamawiającym, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych zamawiającego
3. pozostawaniu z zamawiającym w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Miejscowość) (Data)

podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych