



## **Załącznik numer 4 do Zapytania ofertowego**

### **WSNoZ/1/01/2026 – „Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych”**

#### **Dane wykonawcy**

- 1) Pełna nazwa wykonawcy:
- 2) Numer REGON:
- 3) Numer NIP:
- 4) Numer telefonu:
- 5) Numer faksu (pole opcjonalne):
- 6) Adres poczty elektronicznej:

#### **Treść oświadczenia**

- 1) Oświadczam, że nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo ani kapitałowo.
- 2) W przypadku składania oświadczenia w imieniu kilku wykonawców:
  - a) Oświadczamy, że nie jesteśmy powiązani z Zamawiającym osobowo ani kapitałowo.

#### **Definicja powiązań kapitałowych lub osobowych**

- 1) Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, lub osobami wykonującymi w jego imieniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą.

*Projekt jest współfinansowany w ramach programu fundusze europejskie dla rozwoju społecznego 2021–2027, ze środków europejskiego funduszu społecznego plus. Tytuł projektu: „Kompleksowy program dostępności Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy”. Numer umowy: fers.03.01-ip.08-0070/24-00, zawartej w dniu 30 września 2024 roku.*



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



- 2) Powiązania te mogą polegać w szczególności na:
- a) Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej;
  - b) Posiadaniu co najmniej dziesięciu procent udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez Instytucję Zarządzającą Programem Operacyjnym;
  - c) Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta bądź pełnomocnika;
  - d) Pozostawaniu w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej, a także w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

### **Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy**

- 1) Imię i nazwisko:
- 2) Funkcja (na przykład: właściciel, członek zarządu, pełnomocnik):
- 3) Podpis:
- 4) Data złożenia podpisu (rok – miesiąc – dzień):

*Projekt jest współfinansowany w ramach programu fundusze europejskie dla rozwoju społecznego 2021–2027, ze środków europejskiego funduszu społecznego plus. Tytuł projektu: „Kompleksowy program dostępności Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy”. Numer umowy: fers.03.01-ip.08-0070/24-00, zawartej w dniu 30 września 2024 roku.*