Załącznik nr 4

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Centrum Medyczne Karpacz S.A.**

**58-540 Karpacz, ul. Myśliwska 13**

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..

…………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

**OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

Nazwa zamówienia:

*„Transformacja Cyfrowa w ramach konkursu D1.1.2 Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia (nabór konkurencyjny)*  *na dostawę urządzenia wielofunkcyjnego*

Oświadczam, że nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

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 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 osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy)