Załącznik nr 3

……………………………………………

 miejscowość, data

………………………………….

(Nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ Z BENEFICJENTEM**

Ja niżej podpisany(a), w związku z zapytaniem ofertowym na przeprowadzenie poradnictwa zdrowotnego w ramach projektu „Jestem i działam – Aktywne Dobczyce” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020

Oświadczam, że podmiot (Wykonawca)

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

nie jest wyłączony z możliwości realizacji zamówienia, ponieważ nie jest powiązany osobowo oraz kapitałowo z Zamawiającym tj. Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego oraz osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem procedury wyboru Wykonawcy.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe Zamawiającego z Wykonawcą rozumie się w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 ……………………………………

Podpis osoby składającej ofertę