

Załącznik nr 2 do rozeznania rynku

.....
Miejscowość, data

.....
(pieczęć lub nazwa i adres Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

o braku występowania powiązań z BENEFICJENTEM

BENEFICJENT:

Powiat Chojnicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, ul. Piłsudskiego 30, 89-600 Chojnice, NIP 5551804493

WYKONAWCA składający oświadczenie (nazwa/imię i nazwisko, adres siedziby/adres zamieszkania, NIP):

.....
.....
.....
Oświadczam, że osoba/podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jest powiązany z BENEFICJENTEM osobowo lub kapitałowo.

Niniejsze oświadczenie oznacza, że NIE JESTEM powiązany z BENEFICJENTEM lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu BENEFICJENTA lub osobami wykonującymi w imieniu BENEFICJENTA czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
podpis osoby/osób uprawnionej (-nych) do reprezentowania Wykonawcy