

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH

Niniejszym, nawiązując do Zapytania ofertowego nr 11/17/ZKR z dnia 13.09.2017r.

na świadczenie usług na stanowisku koordynatora grupy szkoleniowej na kursach w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w ramach projektu „Zdobądź kwalifikacje Ratownika!”

ja, niżej podpisany

.....
(imię i nazwisko Wykonawcy)

działając w imieniu własnym

oświadczam, że:

Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub partnerem (Centrum Ratownictwa Medycznego Sp. z o.o., ul. Doktora Władysława Bandurskiego 8, 37-500 Jarosław, NIP: 7922153543, REGON: 180168381) tzn. nie występują żadne powiązania kapitałowe lub osobowe w rozumieniu wzajemnych powiązań między Zamawiającym, partnerem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, partnera lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego, partnera czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
- pozostawaniu 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.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy)