Zamawiający:

* 1. Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”
  2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
  3. z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,
  4. NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy)**

W związku z ofertą złożoną w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **27**/ZO/2023 ***na***

**Sukcesywne wykonanie i dostawa druków medycznych oraz recept dla Przychodni**

**przy ul. Koszykowej 78.**

**oświadczam**, **że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo**\* z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, zgodnie z treścią punktu **IV.1 lit. d) zapytania ofertowego nr 27**/ZO/2023\* przez powiązania osobowe lub kapitałowe 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;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. 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/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika