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 20/ZO/2024 ***na***

***Sukcesywny odbiór i utylizację odpadów medycznych o kodzie 180101,810103,180104,180109 oraz odpadów o kodzie 060404 (zawierających rtęć), 160213 (zużyte świetlówki, sprzęt medyczny zawierający niebezpieczne elementy), 200307 odpadów wielkogabarytowych, zużytych urządzeń innych niż wymienione w 160209 do 160213 (kod 160214) oraz niszczenie dokumentów z: Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” SP ZOZ, przy ul. Koszykowej 78, Rejonowej Przychodni Lekarskiej przy ul. Żeromskiego 33.***

**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** 20/ZO/2024 \* 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