............................., dnia .............

Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert nr DZP-282-6/2023

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ WYKONAWCY Z ZAMAWIAJĄCYM**

Imię:………………………………………………………………

Nazwisko:……………………………………………………….

Jako Wykonawca starający się o uzyskanie zamówienia określonego w Zaproszeniu do składania ofert nr DZP-282-6/2023 na świadczenie usług szkoleniowych w ramach grantu pn. „Poprawa dostępności Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Nowej Soli”oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia ze względu na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym, przez które rozumie się: wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności:

1. Nie uczestniczę w spółce Zamawiającego jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Nie pozostaję 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 z Zamawiającym.

................................................................

data, czytelny podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy