**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr WCZ/DAT/ZO-14/2017**

**Oświadczenie o braku powiązań**

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr WCZ/DAT/ZO-14/2017dotyczące pełnienia obowiązków kierownika projektu pod nazwą „Poprawa jakości i dostępności usług medycznych na poziomie POZ i AOS poprzez dostosowanie i wyposażenie obiektu Przychodni Grabiszyn Wrocławskiego Centrum Zdrowia”, oświadczam że nie jestem powiązany/a   
z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe 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 przeprowadzaniem 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