***załącznik nr 2 do zapytania ofertowego***

***z 31.12.2020 r. znak: OMNES/P-IA /2131- 4 /237/20***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o braku powiązań z Zamawiającym**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest pełnienie funkcji indywidualnego asystenta osoby niepełnosprawnej, w ramach realizacji projektu pn. „Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” współfinansowanego ze środków PFRON, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia określonym w zapytaniu ofertowym z dnia z 31.12.2020 r. znak: OMNES/P-IA /2131- 4/237/20 , występując jako:

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

( imię i nazwisko/adres wykonawcy składającego oświadczenie)

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

(seria i numer dowodu osobistego wykonawcy składającego oświadczenie)

oświadczam, że brak jest powiązań kapitałowych i osobowych z Zamawiającym polegających 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.

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

 (miejscowość i data) .......................................................................................................................................................

 (czytelny podpis osoby uprawnionej)