*Załącznik nr 2 do SWKO*

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

*(imię i nazwisko oraz adres oferenta)*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

W związku z ubieganiem się o zamówienie w ramach postępowania 5/NO/2021 z dnia ……………………….. w ramach projektu „*Działania Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi w zakresie Świadoma profilaktyka – program wczesnego wykrywania nowotworu piersi dla mieszkańców woj. łódzkiego*” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego niniejszym oświadczam, że Wykonawca lub osoby wskazane do realizacji usługi przez Wykonawcę nie jest/są powiązany/e z Zamawiającym tj. Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

Przez powiazania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiazania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniemi przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu, co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…....……………………………………

podpis Oferenta