**Załącznik nr 3**

**doZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 2-2023**

…………………………………………………………

/pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/

**PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: ..............................................................................................................**

**ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY: ....................................................................................................**

**Numer KRS[[1]](#footnote-1): NIP i REGON[[2]](#footnote-2):**

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

**Numer telefonu: Adres email:**

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

**(dotyczy dostawy fabrycznie nowych urządzeń medycznych, sprzętu i wyposażenia medycznego zwiększającego dostępność Przychodni „Mój Lekarz” w Sochaczewie dla osób ze szczególnymi potrzebami, wraz z rozpakowaniem i utylizacją opakowań)**

**Ja niżej podpisana/podpisany[[3]](#footnote-3) – ……………………………………………………………………………………………………,**

**reprezentując …………………………………………………………………………………………………………………………………,** /nazwa Wykonawcy składającego ofertę/

w odpowiedzi na ZAPYTANIE OFERTOWE NR 2-2023 dotyczące wyboru Wykonawcy zadania polegającego na dostawie fabrycznie nowych urządzeń medycznych, sprzętu i wyposażenia medycznego zwiększających dostępność Przychodni „Mój Lekarz” w Sochaczewie dla osób   
ze szczególnymi potrzebami, wraz z rozpakowaniem i utylizacją opakowań, **oświadczam:**

**że nie jestem/jestem3 powiązana/powiązany3 z ZAMAWIAJĄCYM[[4]](#footnote-4) osobowo i/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:*

*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 drugiego stopnia, lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej, lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*

………………………………………………………. .……………………........…………………………………………………………………………………

/data i miejsce/ /czytelny podpis osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy/

1. jeśli dotyczy – numer KRS podaje Wykonawca ubiegających się o zamówienie, który jest przedsiębiorcą wpisanym   
   w Krajowym Rejestrze Sądowym [↑](#footnote-ref-1)
2. jeśli dotyczy – numer NIP oraz REGON podaje Wykonawca ubiegających się o zamówienie, który jest przedsiębiorcą wpisanym w odpowiednim rejestrze przedsiębiorstw (CEIDG lub KRS) [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. ZAMAWIAJĄCY: **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ”MÓJ LEKARZ” IZABELA KOŚCIUCZYK** - ul. Stefana Żeromskiego 39A, 96-500 Sochaczew [↑](#footnote-ref-4)