

**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE**

**Nazwa postępowania:**

**Realizacja usług medycznych przez psychologa dla Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. w ramach Projektu pn.: "Dzienny Dom Opieki Medycznej**

**jako rozwój nowych usług opieki nad osobami niesamodzielnymi**

**z powiatu kamiennogórskiego"**

**Nr sprawy: ZO 9/2020**

**Wykonawca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **2.** | **Adres**  |  |

**Oświadczam, że:**

**Nie jestem powiązana/-y osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w jego imieniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem 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.

Kamienna Góra dnia

……………….…………………………………

czytelny podpis (lub pieczątka i podpis) osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy