Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr GOPS.271.7.2021

………………………………….  
miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

o braku występowania powiązań z BENEFICJENTEM

**Realizator:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Staninie**

**Siedziba: Stanin nr budynku 62; 21-422 Stanin**

**NIP: 825 18 84 420**

**WYKONAWCA składający oświadczenie (imię i nazwisko, adres, NIP):**

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

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

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

Oświadczam, że osoba / podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jest powiązany z BENEFICJENTEM osobowo lub kapitałowo.

Niniejsze oświadczenie oznacza, **że NIE JESTEM powiązany z BENEFICJENTEM** lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu BENEFICJENTA lub osobami wykonującymi w imieniu BENEFICJENTA czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:

* uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
* pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta,
* pełnomocnika;
* pozostawanie 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.

………………………………………………………..

Podpis składającego oświadczenie

(tożsamy z osobą lub osobami reprezentującymi Wykonawcę)