

Dane Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Tel. kontaktowy:

.....

E-mail:

.....

Dotyczy zapytania ofertowego: **dostawa środków dezynfekujących w postaci żeli do dezynfekcji rąk – niezbędnych do przeciwdziałania COVID-19** na potrzeby wybranych podmiotów z województwa warmińsko-mazurskiego, w związku z realizacją projektu „Kooperacja – efektywna i skuteczna” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

#### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I/LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/-a .....

reprezentujący/-a podmiot .....

oświadczam, że nie jestem powiązany/-a kapitałowo i/lub osobowo z Zamawiającym, tj. Województwem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy 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.

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

.....

miejsceowość, data

.....

czytelny podpis Wykonawcy