**………………………**

**Miejscowość data**

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych**

**z Zamawiającym**

Przystępując do **Zapytania ofertowego na aktualizację kosztorysów inwestorskich dla zadania:**

**„ Doposażenie i modernizacja oddziałów szpitala SPZOZ w Hrubieszowie”**

Działanie 13.1 Infrastruktura ochrony zdrowia – wsparcie  skierowane  wyłącznie  do  podmiotów leczniczych ujętych  w  ramach  przedsięwzięcia „Zdrowe Lubelskie optymalizacja usług medycznych w Województwie  Lubelskim poprzez  utworzenie i zintegrowanie  sieci  szpitali  powiatowych” w ramach konkursu zamkniętego nr RPLU.13.01.00-IZ.00-06-003/17.

w imieniu Wykonawcy

/nazwa podmiotu, adres, NIP/:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

oświadczam brak powiązań osobowych lub kapitałowych

z Zamawiającym:

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie**

przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i 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, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii    bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………………………………………………………….

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy