**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

pieczątka Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE OFERENTA O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

Pełna nazwa podmiotu: ……………………………

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:………………………..

Stanowisko osoby składającej oświadczenie: ………………………….

Składając ofertę w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników Stowarzyszenia Łódzki Obszar Metropolitalny **oświadczam,** że

jestem/nie jestem1

powiązany/-a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - Stowarzyszeniem Łódzki Obszar Metropolitalny.

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 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.

1 niepotrzebne skreślić

Miejscowość, dnia

podpis osoby/osób

upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania Wykonawcy