Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

Dane Wykonawcy:

………………………………………….

Adres Wykonawcy:

………………………………………….

Tel. kontaktowy:

………………………………………….

E-mail:

………………………………………….

Dotyczy zapytania ofertowego: **Dostawa maseczek ochronnych jednorazowych (medycznych lub chirurgicznych) – 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.

…………..……………….. …….…………………………………

miejscowość, data czytelny podpis Wykonawcy