



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2- Oświadczenie o braku powiązań

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

na wykonanie usługi doradztwa zawodowego dla uczestników projektu projekt pt.:
Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej „CWAŁ” w Boninie.

Niniejszym oświadczam, że *[pełna nazwa Wykonawcy zgodnie z dokumentem rejestrowym (jeżeli występuje) i adres Wykonawcy, imię nazwisko Wykonawcy]*

.....
.....
.....
.....

nie jest powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. Fundacją BONIN, .

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe 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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis lub pieczęć imienna i podpis
Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela
Wykonawcy