

**Załącznik nr 3**

**do zapytania ofertowego z dnia 16.04.2021 r. dotyczące wyboru trenerów na szkolenia z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), szkoleń ramach projektu pn. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II”.**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a)

.....  
oświadczam, że:

Wykonawca jest / nie jest \* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym (Liderem i Partnerem projektu). 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.

oraz

Ja niżej podpisany(a)

.....  
oświadczam, że:

Wykonawca jest / nie jest \* pracownikiem Lidera projektu tj. Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ ani Partnerów projektu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Oferenta lub osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

\* Niepotrzebne skreślić