



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

78-520 Złocieniec, ul. Kańsko 1

tel. 94-36-71-222, fax. 94-37-21-453

www.szpitalkansk.pl,

www.szpitalkansk.4bip.pl

email: szpitalkansk@pro.onet.pl

NIP: 253-00-98-261

Regon: 330086948

Nr KRS 0000027543

SR w Koszalinie IX Wydział KRS

Załącznik Nr 3

Do Zamawiającego :

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocińcu**
reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala
ul. Kańsko 1
78-520 Złocieniec

Przedmiotem zamówienia jest zadanie pn.:

***Dostawa do zamawiającego używanych, w pełni sprawnych,
bezwypadkowych pojazdów osobowych***

Wykonawca :

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

(Nazwa i adres wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

Wykonawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia oświadczam/y, że:

nie istnieje powiązanie pomiędzy Wykonawcą a 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 osobowo lub kapitałowo, w szczególności przez:

- a) uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadanie co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- c) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) 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.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis osoby uprawnionej)