



Załącznik nr 2

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

.....
(nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Działając w imieniu :

Nazwa Wykonawcy:

.....
Adres.....

NIP..... REGON.....

Niniejszym oświadczam o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Świętochłowicach lub z osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Ośrodka, wykonującymi czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, polegających w szczególności na :

- 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- 2) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego prokurenta, pełnomocnika,
- 4) 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.

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis i pieczęć firmy)

Działanie i wsparcie w życiu i na starcie

Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne

