



Załącznik nr 5

..... (nazwa Wykonawcy)

..... (dane adresowe)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na prowadzenie szkoleń na temat eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy oraz podniesienie świadomości personelu na temat ergonomii pracy w ramach projektu pn. „Poprawa bezpieczeństwa i ergonomii pracy personelu Szpitala Powiatowego w Zawierciu” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, oświadczam że nie jestem podmiotem powiązaniem kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym – Szpitalem Powiatowym w Zawierciu, z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności poprzez:

1. uczestnictwo w spółce jako współnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawanie 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.

..... (miejsce, data)

..... (podpis Wykonawcy)

