**Znak sprawy: DOA.272.2.2.2021.**

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

W odpowiedzi na Ogłoszenie nr **………..** z dnia **…………..**  oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym (Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie) lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy (przez Fundację „Instytut Społecznej Odpowiedzialności Organizacji”), a wykonawcą polegające 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 takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze wykonawcy, w szczególności 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.

................................, dn. ...........................................

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

(podpis wykonawcy)