Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 1/2/PFRON/2024

**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 ze Stowarzyszeniem MOST lub z osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Stowarzyszenia MOST, wykonującymi czynności zawiązane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy zadania   
pn.: **Usługa przeprowadzenie szkolenia w zakresie rejestratorki medycznej wraz z praktyczną nauką obsługi programu Mmedica i/lub innych popularnych programów komputerowych wykorzystywanych w placówkach medycznych** 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.

*W celu uniknięcia konfliktu interesu Wykonawca powiązany osobowo lub kapitałowo, który złoży ofertę, zostanie wykluczony z udziału w postępowaniu.*

…………………………………………….. …………………………………………….

*(miejscowość , data) (podpis Wykonawcy)*