

Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 1/5/PFRON2/2025

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 związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy zadania pn.: **Przeprowadzenie szkolenia w zakresie: REJESTRATORKA MEDYCZNA**, 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)

.....
(pieczęćka i podpis Wykonawcy)