



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM

ZAMAWIAJĄCY:
NZOZ MEDICAL-CENTER SP. Z O.O
ul. Erazma Jerzmanowskiego 37
30-836 Kraków

Nazwa Wykonawcy lub imię i nazwisko:

.....

Siedziba i/lub adres wykonawcy:

.....

Telefon: Fax:

Adres e-mail:

NIP: REGON:

KRS (jeśli dotyczy)

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na „Położenie bezpiecznej nawierzchni pod i w obrębie urządzeń na placu zabaw” niniejszym informuję, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania i nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Brak wzajemnego powiązania oznacza, że:

- nie uczestniczę w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....

(Data i podpis osoby upoważnionej)