**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego

nr 4-AU-2019na wykonanie usługi świadczonej przez psychologa

z dn. 17.09.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi psychologiczne
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązany(i) z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane
z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
	4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa
	w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia
	w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

 podpis Wykonawcy