

**Załącznik nr 5 do Zapytania Ofertowego**

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

Nazwa i adres Wykonawcy

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

Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia, na świadczenie usług z zakresu terapii metodą Integracji Sensorycznej w ramach projektu pn.: „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim”, nr projektu RPLU.11.02.00-06-0062/17, realizowanego przez Powiat Łęczyński, współfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego Oś priorytetowa XI „Włączenie społeczne” Działanie 11.2 „Usługi społeczne i zdrowotne”, oświadczam, iż nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo i/lub kapitałowo.

Ja niżej podpisany/a……………………………………………………….… oświadczam, że nie jest powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Powiatem Łęczyńskim

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 przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;

pełnienie funkcji organu nadzorczego lub zarządzającego prokurenta, pełnomocnika;

pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

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

(podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)