



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 17b do Procedury naboru

Centrum Medyczne MEDIKAR-Borowicz spółka jawna

.....
(nazwa zamawiającego / pieczęć)

OŚWIADCZENIE

o braku powiązań osobowych i kapitałowych z wykonawcą

Złożone przez:

☒ Zamawiającego,

☐ osobę upoważnioną do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego:
..... (nazwa/imię i nazwisko),

☐ osobę wykonującą w imieniu Zamawiającego czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy:
(nazwa/imię i nazwisko),

☐ osobę wykonującą w imieniu Zamawiającego czynności związane z realizacją umowy zawartej z wykonawcą:
..... (nazwa/imię i nazwisko),

Niniejszym oświadczam, że nie istnieją powiązania kapitałowe lub osobowe pomiędzy mną, a wykonawcą

Nazwa wykonawcy: **Medinco Sp z o.o.**

Adres wykonawcy: **ul. Czarnkowska 18, 60-415 Poznań**

NIP: **5222673475**

polegające w szczególności na:

1. uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej;
2. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnienie funkcji: członka organu zarządzającego lub nadzorczego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis / pieczęć)