

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

---

### Załącznik 3 Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych do Zapytania OPS.221.14.2017.MRK

dot.: „Świadczenia usług psychologicznych, poradnictwa, konsultacji i psychoterapii dla uczestników projektu RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”

#### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_

**oświadczam, że** jako Wykonawca nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

---

(miejscowość, data)

---

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)