**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH**

 Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest świadczenie usług logopedy realizowanych w warunkach domowych dla 5 osób zarówno dorosłych jak i dzieci po 1 godzinie tygodniowo (każda osoba 18 godzin) zakwalifikowanych do Programu PFRON – Moduł IV – „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” w celu łagodzenia skutków wywołanych wirusem SARS-Cov-2.

oświadczam w imieniu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nazwa firmy lub imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

siedziba firmy lub adres zamieszkania

że nie jestem powiązany z Zamawiającym, tj. Gminą Zagnańsk w imieniu, której działa Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zagnańsku osobowo lub kapitałowo.

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 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,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawała w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 *miejscowość i data (podpis lub imienna pieczątka Oferenta)*