Załącznik 2 do Zapytania ofertowego nr ADM.2623.7.2025

*Pieczęć firmowa Wykonawcy*

**Dotyczy: Zapytania ofertowego Nr ADM.** **2623.7.2025w ramach projektu pt.: „Dbamy o zdrowie pracowników WOTUiW w Toruniu” nr FEKP.08.08-IZ.00-0029/23**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I/LUB OSOBOWYCH**

Oświadczam/y, że Wykonawca **nie jest podmiotem powiązanym osobowo lub kapitałowo z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnień i Współuzależnienia z siedzibą w Toruniu,** zwanym dalej **„Zamawiającym”**.

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:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,,
  2. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub związaniu z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawaniu we wspólnym pożyciu z wykonawcą, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia,
  3. pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

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

miejscowość, data podpis Wykonawcy / osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy