Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań

SAO.271.2.4.2025

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM

Ja niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: ..............................................................................................

Adres zamieszkania / siedziba firmy: ..............................................................

NIP (jeśli dotyczy): .......................................................................................

Oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Białogardzie.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym a mną, polegające w szczególności na:

\* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej,

\* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

\* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

\* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej,

\* pozostawaniu w stosunku pokrewieństwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

(czytelny podpis Wykonawcy)

Data: .......................

---