**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 10/AW/PZN/2017**

Imię i nazwisko Wykonawcy ………………………………………………………………….

Telefon, e-mail:

……..………………………………………………………………………..……………………………………………………….………………

**Do: Polski Związek Niewidomych, ul. Konwiktorska 9, 00-216 Warszawa**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

Oświadczam, że nie jestem powiązany/a z Polskim Związkiem Niewidomych osobowo lub kapitałowo, przy czym przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się:

1. Uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. Posiadanie udziałów lub co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. Pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. Pozostawienie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności pozostawienie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość …………………..,* *data ……………………………..…*  | *……………………………………………………****Czytelny podpis Wykonawcy*** |