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

( pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

Ja (my), niżej podpisany(ni) ...........................................................................................

działając w imieniu i na rzecz : …………………………………………………………………

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

(pełna nazwa wykonawcy)

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

(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: **„Opracowanie kompletnego studium wykonalności, zgodnego z wytycznymi dla wniosków o dofinansowanie w ramach Działania 9.1 Infrastruktura zdrowia, mający na celu zwiększenie dostępności do wysokiej jakości infrastruktury zdrowotnej. Numer naboru: RPZP.09.01.00-IZ.00-32-001/17.”**

oświadczam(my), że …………………………………………………….. (wpisać nazwę wykonawcy)

**nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE**

**71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4**

**w szczególności poprzez:**

1. uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej;

2. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji\*;

3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

4. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..............................., dn. ....................... ..................................................................

 (podpis(y) osób uprawnionych

 do reprezentacji wykonawcy)