Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 2/10/PFRON3/2024

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

 *(nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

Działając w imieniu :

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres……………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………REGON…………………………………………………

Niniejszym oświadczam o braku powiązań kapitałowych lub osobowych ze Stowarzyszeniem MOST lub z osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Stowarzyszenia MOST, wykonującymi czynności zawiązane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy zadania
pn.: **Przeprowadzenie szkolenia w zakresie MASAŻ KLASYCZNY**, polegających
w szczególności na :

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu 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.

*W celu uniknięcia konfliktu interesu Wykonawca powiązany osobowo lub kapitałowo, który złoży ofertę, zostanie wykluczony
z udziału w postępowaniu.*

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

 *(miejscowość , data) (pieczątka i podpis Wykonawcy)*