Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 1/10/PFRON/2026

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 „OPIEKUN OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH”**, 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)*

Projekt „Cel zatrudnienie!” współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach Konkursu 1/2025 „Siła możliwości”.
Realizator projektu: Stowarzyszenie MOST, ul. Wolności 274, Zabrze.