

„Szkolenia TIK dla nauczycieli Województwa Mazowieckiego”

Grant jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa, Działanie 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

Załącznik nr 3

Imię Nazwisko/ nazwa firmy:

PESEL/NIP :

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

e-mail:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Telefon/e-mail:

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH

Ja niżej podpisany/a

.....

reprezentujący podmiot, którego nazwa wskazana jest powyżej, oświadczam że nie zachodzą żadne wzajemne powiązania kapitałowe lub osobowe pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i prowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a potencjalnym Wykonawcą, polegające na:

- a) uczestnictwie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez Instytucję Zarządzającą dla danego Programu w wytycznych programowych;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) 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.

.....

data i podpis Wykonawcy