……………………………..……………………………..

(miejscowość, data sporządzenia oświadczenia)

Nowe Techniki Medyczne

Szpital Specjalistyczny

im. Świetej Rodziny sp. z o.o.

Rudna Mała 600
36 - 060 Głogów Małopolski

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH**

**Dane teleadresowe Oferenta**

Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam/y, że w związku z udziałem w postępowaniu ofertowym nr 1/03/2022 z dnia 21.03.2022 r. nie istnieją pomiędzy Oferentem a Zamawiającym (Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny sp. z o.o.) powiązania kapitałowo lub osobowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe należy rozumieć wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem przedmiotowej procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Oferenta

……………………………..……………………………..

(miejscowość, data sporządzenia oświadczenia)

Nowe Techniki Medyczne

Szpital Specjalistyczny

im. Świetej Rodziny sp. z o.o.

Rudna Mała 600
36 - 060 Głogów Małopolski

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Dane teleadresowe Oferenta**

Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam/y, że w związku z udziałem w postępowaniu ofertowym nr 1/03/2022 z dnia 21.03.2022 r. Oferent:

- dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym, kadrowym, ekonomicznym i finansowym niezbędnym do realizacji zamówienia,

- nie zalega z należnościami wobec Skarbu Państwa (m.in.: Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Urząd Skarbowy),

- profil jego działalności i struktura wewnętrzna nie są sprzeczne z zasadą równości szans i niedyskryminacji,

- posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

- nie znajduje się w stanie likwidacji, upadłości lub nie toczy się w stosunku do niego postępowanie naprawcze.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Oferenta

……………………………..……………………………..

(miejscowość, data sporządzenia oświadczenia)

Nowe Techniki Medyczne

Szpital Specjalistyczny

im. Świetej Rodziny sp. z o.o.

Rudna Mała 600
36 - 060 Głogów Małopolski

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**O GRUPIE KAPITAŁOWEJ**

**Dane teleadresowe Oferenta**

Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam/y, że w związku z udziałem w postępowaniu ofertowym nr 1/03/2022 z dnia 21.03.2022 r.:

- nie należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. nr 50, poz. 331, z późn. zm.)\*

- należymy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. nr 50, poz. 331, z późn. zm.).\*

W przypadku przynależności do grupy kapitałowej należy uzupełnić listę wszystkich podmiotów należących do tej samej grupy (nazwa i adres podmiotu, NIP):

1 .…………………………………………………………………

2 .…………………………………………………………………

3 .…………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć Oferenta

*\* niewłaściwe skreślić*