

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**I. ZAMAWIAJĄCY**

YOT MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Leszka Białego 5, 80-353 Gdańsk, POLSKA
NIP 584-280-77-57
E-mail: biuro@neuroplay.pl
Tel.: 517-216-943

II. OFERENT/WYKONAWCA

| | |
|--|--|
| Nazwa i adres Oferenta: | |
| Imię i nazwisko osoby właściwej do reprezentowania Oferenta: | |

Oświadczam, że pomiędzy YOT MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Zamawiający),

a
(nazwa Oferenta)
nie zachodzą powiązania kapitałowe oraz osobowe.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające 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.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Oferenta