***Załącznik nr 3***

Dotyczy: zapytania ofertowego, w związku z realizacją RPWP.07.01.02.-30-0033/16 pt.: „Właściwy kurs – Kompleksowy program aktywizacji społeczno-zawodowej” nr RPWP.07.01.02.-30-0033/16 dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020 w ramach działania 7.1 Aktywna integracja

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Regon:

NIP:.

Ja niżej podpisany/a, ………………………………………………………………………. zamieszkały/a: …………………………………………………………………………… oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. Profesja Centrum Aktywności Zawodowej Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul Sieradzka 4C, 60-163 Poznań.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

* 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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………  Miejscowość i data | …………………………………………………………………………  Czytelny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |