**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**

................................................

 (pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

Ja (My), niżej podpisany(-ni) ....................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

.................................................................................................................................................... (pełna nazwa wykonawcy)

oświadczam, że wykonawca, a także ja (my) ……………………………………………………………………...

nie jesteśmy powiązani osobowo lub kapitałowo, z Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Szczecinie (dalej Zamawiający) z siedzibą przy ul. Arkońskiej 4,
71 - 455 Szczecin, ani z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się:

**•** uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

**•** posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji,

**•** pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

**•** pozostawanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności pozostawanie 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) Podpis Wykonawcy*