**Załącznik 3**

……………………….., dnia ………………….

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie**

ul. Piotra Skargi 5, 67-200 Głogów

tel. (17) 866 11 11, fax (17) 866 12 22

adres e-mail: wsiz@wsiz.rzeszow.pl

NIP 8131123670 REGON 690389644

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH   
Z ZAMAWIAJĄCYM**

Oświadczam, iż ubiegając się o zamówienie na:**Przeprowadzenie szkoleń dla absolwentów kierunku „Pielęgniarstwo” realizowanych w ramach projektu pn. „Program rozwojowy dla studentów i absolwentów kierunku Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich, **nie jestem powiązany z Zamawiającym**, **Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Głogowie,** ul. Piotra Skargi 5,   
67-200 Głogów, **osobowo lub kapitałowo w rozumieniu zapisów Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków**.

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 przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu 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 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 drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej*  *do składania oświadczenia*  *woli w imieniu wykonawcy)* |