Załącznik Nr 3

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiat Dębicki

ul. Parkowa 28

39-200 Dębica

NIP 8722128819

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..

…………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

**OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

Nazwa zamówienia: „Przeprowadzenie diagnozy cyberbezpieczeństwa w Starostwie Powiatowym w Dębicy”

Oświadczam, że nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

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,

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)