 **Załącznik nr 5**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

**dotyczy: Świadczenie usług terapeutycznych dla osób stosujących przemoc, doświadczających przemocy, uzależnionych i współuzależnionych w ramach realizacji projektu "Aktywizacja społeczna, zdrowotna i zawodowa w Gminie Wołów realizowanego przez Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wołowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**CPV -85000000-9 usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej**

**Nazwa Wykonawcy.............................................................................................**

**W związku ze złożeniem oferty na ww. zamówienie**

**oświadczam że nie jestem powiązana/y kapitałowo lub osobowo\* z Zamawiającym.**

\*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 i przeprowadzaniem 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, o ile próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IŻ PO,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. 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.

**Data …... ...............** **…..............................................**

***(pieczęć i podpis wykonawcy)***