

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1 z dnia 16.10.2017

.....

(nazwa i adres oferenta)

.....

(miejsowość i data)

Tel.:; Fax:

Regon NIP:

Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Medicofarma S.A.

(Zamawiający)

W związku z zapytaniem ofertowym nr 1 opublikowanym w dniu 16.10.2017 na dostawę

.....

JA NIŻEJ PODPISANY

*imię/imiona i nazwisko/nazwiska uprawnionego przedstawiciela osoby
działając w imieniu i na rzecz*

(nazwa (firma) i dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

oświadczam/my, że nie istnieją pomiędzy nami a Zamawiającym wzajemne powiązania osobowe lub kapitałowe przez które rozumie się powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i 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,

Medicofarma S.A.
NIP: 527-232-45-41
REGON: 012250271
KRS: 0000284694

c) Pełnienia funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) Pozostaniu 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.

.....
(*podpis oferenta*)