Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr GPPC 5/2019

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**Wykonawca:**

……………………….………………………….……………………....

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

*(pełna nazwa Wykonawcy i adres)*

niniejszym oświadczam, że:

1. Nie jestem powiązany/a z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo,

przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w mieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadaniu, co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* 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.
1. Spełniam warunku udziału w postępowaniu wskazane w Zapytaniu.
Pan/Pani ……………………………………………………………………………………………………………………..…., który/a będzie odpowiedzialna za opracowanie materiału posiada stosowne kompetencje do wykonywania zadań określonych w Zapytaniu Ofertowym oraz wymagania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymaganie** | **Cechy Wykonawcy**  |
| Wykształcenie wyższe medyczne lub nauk o zdrowiu | Tak: ……………………………………………………….  |
| doświadczenie w przygotowywaniu min. 2 materiałów edukacyjnych lub 1 podręcznika z obszaru profilaktyki chorób cywilizacyjnych i/lub promocji zdrowia | Posiadam doświadczenie w postaci:1. materiałów edukacyjnych:
2. ……………………………………
3. …………………………………….

lub 1. podręcznika ……………………………….

- z obszaru profilaktyki chorób cywilizacyjnych i/lub promocji zdrowia |
| doskonała znajomość Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2 dla województwa pomorskiego |  Oświadczam, ze posiadam doskonałą znajomość Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2 dla województwa pomorskiego |
| Brak powiązania z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo | Brak powiązań / istniejące powiązania\*  |
|  | \*Niepotrzebne skreślić  |

1. Uzyskałem/am od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty;
2. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach,  w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego;
3. Przed zawarciem umowy, na prośbę Zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć dokumenty potwierdzające informacje zawarte w formularzu ofertowym dotyczące wykształcenia, doświadczenia i spełniania wymagań wymienionych w zapytaniu ofertowym. Niedostarczenie ww. dokumentacji może spowodować odrzucenie oferty;
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn.zm.) w celach związanych z prowadzonym postępowaniem wyboru wykonawcy, publikacją wyników postępowania, zawarciem umowy i jej rozliczenia;
5. Dane zawarte w Ofercie i oświadczeniu są zgodne z prawdą.

………………………………………….………………………………………………. …………………………..………………………………………………………………………….

 *(miejscowość, data)*  *(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*