**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego** **Nr 10/WPD104/2020**

#### ..................................., dnia .............. ............. roku

 *(miejscowość) (data)*

**WYKONAWCA:**

……………………………………….

*(Nazwa Wykonawcy / siedziba/ adres / NIP)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

WPD Pharmaceuticals sp. z o. o.

ul. Żwirki i Wigury 101,

02-089 Warszawa,

#### **OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie usługi Lekarza-Badacza
w ramach badań klinicznych planowanych do realizacji przez WPD Pharmaceuticals w ramach projektu POIR.01.02.00-00-0084/18, pt.: „*Nowe podejście do terapii glejaka zaspokajające krytyczne potrzeby medyczne”* (Zapytanie ofertowe Nr 10/WPD104/2020), oświadczam, że pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane
z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy nie zachodzą wzajemne powiązania, 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 niższy próg nie wynika z przepisów prawa, lub z przepisów dotyczących zasad realizacji projektu objętego Zapytaniem Ofertowym,
	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,
	5. lub jakiekolwiek inne powiązania mogące skutkować powstaniem konfliktu interesów przy udzieleniu zamówienia.

Oświadczam, że jestem świadomy, że w przypadku ujawnienia się powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym zamówienie nie może być Wykonawcy udzielone.

Miejscowość ………………, dnia ……… ……..................................................

*(podpis Wykonawcy)*

**Appendix No. 2 to Request for Bids No. 10/WPD104/2020**

#### ..................................., on ...........................

 *(place) (date)*

**CONTRACTOR**

……………………………………….

*(name/registered office/address/tax ID (NIP) of the Contractor)*

**AWARDING ENTITY:**

WPD Pharmaceuticals sp. z o. o.

ul. Żwirki i Wigury 101,

02-089 Warszawa,

#### **DECLARATION OF NO CAPITAL OR PERSONAL LINKS**

For the purpose of the contract award procedure covering the provision of the Medical Doctor-Investigator services for the purpose of clinical trials planned to be implemented by WPD Pharmaceuticals, as a part of the project POIR.01.02.00-00-0084/18, entitled: “*New approach to glioblastoma treatment addressing the critical unmet medical need”* (Request for Bids No. 10/WPD104/2020), I hereby declare that there are no mutual ties between the Contractor and the Awarding Entity or persons authorized to incur obligations on behalf of the Awarding Entity or persons acting on behalf of the Awarding Entity in connection with the Contractor selection procedure and in particular that there are no ties which consist in:

1. participation in the company in the capacity of a partner in a civil law company or partnership;
2. ownership of at least 10% of shares or stock, provided that a lower threshold is not mandated under legal regulations or rules concerning the principles of implementation of the project covered by the Request for Bids,
3. holding the function of a member of a supervisory or management body, a commercial representative or an attorney;
4. being married to or having lineal consanguinity or direct affinity, collateral consanguinity or affinity to the second degree to, or being adopted by, or being under the guard or custody of such persons,
5. or any other relationship which could result in a conflict of interests affecting the award of the contract.

I declare that I am aware that should any capital or personal links be revealed between the Contractor and the Awarding Entity, the contract shall not be awarded to the Contractor.

Place ………………, on ……… ……..................................................

*(signature of the person(s) authorized to represent the Contractor)*