*znak sprawy:* *AWN\_10\_ABM\_3\_2023*

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta**

………………………, dnia …….. 2023 r.

…………………………..

…………………………..

…………………………..

*(Imię i nazwisko, adres Podmiotu,*

*NIP, tel. kontaktowy, adres e-mail)*

**Warszawski Uniwersytet Medyczny**

ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

W związku z **otwartym naborem Konsorcjanta** **do wspólnego opracowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2023/3)**:

**Ja niżej podpisany oświadczam**, że nie jestem powiązany osobowo ani kapitałowo z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

Oświadczam, że nie występują wzajemne powiązania kapitałowe lub osobowe, poprzez które rozumie się wzajemne powiązania między Warszawskim Uniwersytetem Medycznym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego lub osobami wykonującymi w imieniu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem otwartego naboru na Konsorcjanta a Podmiotem, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* 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.

……………………………………….

(podpis osoby składającej ofertę)