



#### Załącznik nr 4 Ogłoszenie o otwartym naborze Konsorcjanta do projektu

....., dnia ..... 2021 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 na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/1):**

**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)