**Postępowanie nr BZP.2711.38.2024.MG**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość: |  | Data: |  |
| Zamawiający: | **Uniwersytet Wrocławski,** **pl. Uniwersytecki 1,** **50-137 Wrocław** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |
| **DANE WYKONAWCY** |
| **Nazwa Wykonawcy***(Pełnomocnika w przypadku Konsorcjum):* |  |
| **Siedziba Wykonawcy***(ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość):* |  |
| **Adres do korespondencji***(ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość):* |  |
| **NIP***:* |  | **REGON:**  |  |
| Numer konta bankowego*:*  |  |
| **OSOBA DO KONTAKTÓW***(imię, nazwisko):* |  |
| **Telefon:** |  | **MAIL:**  |  |
| **KONSORCJUM[[1]](#footnote-1)** *z**(Nazwa Partnera;* *Siedziba – ulica, numer, kod, miejscowość):**NIP:**REGON:**Wypełnić tyle razy, ilu jest konsorcjantów* |  |
| **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**Oferta dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pn.: „**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych”** |

* + 1. Niniejszym, po zapoznaniu się z ogłoszeniem i treścią SWZ (ze wszystkimi załącznikami, ewentualnymi Informacjami dla Wykonawców), w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym, oferujemy przedmiot zamówienia, opisany szczegółowo w SWZ i załącznikach do niej za cenę uwzględniającą wszystkie koszty wykonania zamówienia oraz zobowiązujemy się zrealizować w zakresie ustalonym w SWZ, w sposób wskazany w umowie na poniższych warunkach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **1** | **2** |
| **KRYTERIUM 1 - Cena (C) – waga 60%** |
|  **1.** | **CENA OFERTOWA BRUTTO** (2)**:**(kwota przeniesiona **z Formularza Kalkulacji cenowej** - **Załącznik nr 1A do SWZ tj. z poz. ”Cena ofertowa (łączna wartość kolumny)”**) | **…………………..… zł** |
| **Wykaz placówek, na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, którego przedmiotem są usługi w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych, o których mowa w Rodziale VI, ppkt.1.2.4.3 lit a i b SWZ tj.:*** + 1. **Oświadczamy że na dzień składania oferty, dysponujemy co najmniej 3 placówkami na terenie miasta Wrocław;**
		2. **Oświadczamy że na dzień składania oferty, dysponujemy co najmniej 1 placówką na terenie miasta Niemcza;**
 |
| **Lp.** | **Nazwa placówki medycznej** | **Adres****( tj.: miejscowość, nr, ulica)** | **Placówka własna/placówka współpracująca** |
| **Placówki na terenie miasta Wrocław** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **Placówka na terenie miasta Niemcza lub w odległości nie większej niż 25 km od miasta Niemcza.**  |
| **1** |  |  |  |
| **2** | Odległość najdalszego z miejsc, w których będą wykonywane badania określone w Rozdziale IV, ust 2 SWZ od miasta Niemcza\*.Podać adres i odległość najdalszego z miejsc, w których będą wykonywane badania określone w Rozdziale IV, ust 2 SWZ od miasta Niemcza tj.: Odległość: …………………………\*Adres: …………………………………………………………………..….\* (\*jeżeli dotyczy) |
| **KRYTERIUM 2- Wykaz placówek na terenie miasta Wrocław , ponad minimum wymagane w warunku udziału określonego w Rozdziale VI, ppkt 1.2.4.3. lit a SWZ, w celu poddania ocenie ofert w ramach kryterium oceny ofert nr 2 tj. Liczba placówek na terenie miasta Wrocław - 25 %**  |
| **Lp.** | **Nazwa placówki medycznej** | **Adres****( tj.: miejscowość, nr, ulica)** | **Placówka własna/placówka współpracująca** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **Itd....** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **KRYTERIUM 3 - Maksymalny termin na wykonanie badań wraz z wydaniem orzeczeniem (MaxTb) – 15%** |
|  **3.** | **Maksymalny termin na wykonanie badań wraz z wydaniem orzeczenia liczony**  od dnia stawienia się pracownika na badania**:** **UWAGA**!: należy zaznaczyć odpowiednio, jeden kwadrat (x). |  ** 1 dzień**** 2 dni**** 3 dni** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam/y, że jestem/śmy związani ofertą przez okres wskazany w SWZ.
2. Oświadczam/y, że akceptuję/emy bez zastrzeżeń wzór umowy przedstawiony w SWZ, w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.
3. Oświadczam/y, że oferuję/emy przedmiot zamówienia zgodny z opisem przedmiotu zamówienia wskazanym w Załączniku nr 3 do SWZ.
4. Zamierzam/y powierzyć podwykonawcom (o ile są znani) następujące części zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) i adresy podwykonawców** | **Zakres rzeczowy**  |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczam/y[[2]](#footnote-2), że informacje ………….. (*wymienić czego dotyczy)* zawarte
w następujących dokumentach/plikach: ………….. *(należy podać nazwę dokumentu/pliku)*

stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.

**UZASADNIENIE:**

Jednocześnie informuję/emy, iż wykazanie, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zostały przeze mnie/nas dołączone do Oferty w pliku pn. „……………………..” (Wykonawca informację, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, wykazuje w ww. dokumencie).

1. Zgodnie z art. 225 ust. 1 uPzp oświadczam/y, że wybór mojej/naszej oferty **będzie / nie będzie[[3]](#footnote-3)** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług.
2. W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy **będzie prowadzić** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca wskazuje[[4]](#footnote-4):
3. nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego: …………..
4. wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku: …………..
5. stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: …………..
6. Oświadczam/y, że jestem/śmy:[[5]](#footnote-5)

**[ ] mikroprzedsiębiorstwem[[6]](#footnote-6)**

**[ ] małe przedsiębiorstwo**

**[ ] średnie przedsiębiorstwa**

**[ ] duże przedsiębiorstwo**

**[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza**

**[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej**

**[ ] inny rodzaj**

1. Oświadczam/y, że podpisuję/my niniejszą ofertę jako osoba/y do tego upoważniona/e.
2. Wraz z Formularzem oferty składam/y dokumenty wymagane w SWZ.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią klauzuli informacyjnej, o której mowa
w rozdziale III SWZ oraz, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[7]](#footnote-7) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[8]](#footnote-8).

**Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegającego się o zamówienie kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**Dokument należy złożyć wraz z ofertą.**

 **Postępowanie nr BZP.2711.38.2024.MG**

**Załącznik nr 2 do SWZ**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU I SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 125 UST. 1 uPzp** |

1. w przypadku wspólnego ubiegania sięo udzielenie zamówienia przez Wykonawców oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje brak podstaw do wykluczenia i spełnianiu warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim każdy z Wykonawców wykazuje spełnienie warunków udziału w postępowaniu
2. w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotu udostępniającego zasoby oświadczenie składa również podmiot udostępniający zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby

**Wykonawca****/Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie/Podmiot udostępniający zasoby:**

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

(pełna nazwa/firma Wykonawcy/ Podmiotu udostępniającego zasoby/ w imieniu którego składane jest oświadczenie, adres)

KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu): ………………………….……………………………………………………………

reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………………………………………..……

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

„**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów
sanitarno-epidemiologicznych”**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA PRZEZ WYKONAWCĘ/WYKONAWCĘ WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE/** **PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 uPzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt ~~4~~, 7, 8 i 10 Pzp.
3. **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).**

Oświadczam[[9]](#footnote-9), że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………………..……… uPzp /ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych powyżej w pkt 1 -3).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością wymienioną w pkt 1-2 powyżej, na podstawie art. 110 ust. 2 uPzp podjąłem następujące środki naprawcze\*: ……………………………

*\** wypełnić jeżeli dotyczy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

* + - 1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale VI, SWZ, tj.:

- **w zakresie uprawnień do prowadzenia określonej działalności dot. usług: TAK/NIE\***

**- w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej tj.:**

* **dot. wykonywanych usług z ppkt. 1.2.4.2 - TAK/NIE\***
* **dot. osób skierowanych do realizacji zamówienia z ppkt 1.2.4.1:**
1. **4 lekarzami orzecznikami medycyny pracy: TAK/NIE\***
2. **4 lekarzem neurologami: TAK/NIE\***
3. **4 lekarzem okulistami: TAK/NIE\***
4. **4 lekarzem laryngologami: TAK/NIE\***
5. **4 lekarzem dermatologami : TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Wrocław ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Niemcza ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***

\*niepotrzebne skreślić

* + - 1. (wypełnić jeżeli dotyczy) Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału postępowaniu określonych przez Zamawiającego w rozdziale VI SWZ **polegam na zdolnościach technicznych lub zawodowych podmiotu udostępniającego zasoby[[10]](#footnote-10)**:

**w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej (doświadczenia w realizacji usług):**

**……………………………………………………………………………………………………………**

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: KRS/CEiDG)

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

(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: KRS/CEiDG)p

**- w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej tj.:**

* **dot. wykonywanych usług z ppkt. 1.2.4.2 - TAK/NIE\***
* **dot. osób skierowanych do realizacji zamówienia z ppkt 1.2.4.1:**
1. **4 lekarzami orzecznikami medycyny pracy: TAK/NIE\***
2. **4 lekarzem neurologami: TAK/NIE\***
3. **4 lekarzem okulistami: TAK/NIE\***
4. **4 lekarzem laryngologami: TAK/NIE\***
5. **4 lekarzem dermatologami : TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Wrocław ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Niemcza ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU PRZEZ PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale VI SWZ tj:

**- w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej tj.:**

* **dot. wykonywanych usług z ppkt. 1.2.4.2 - TAK/NIE\***
* **dot. osób skierowanych do realizacji zamówienia z ppkt 1.2.4.1:**
1. **4 lekarzami orzecznikami medycyny pracy: TAK/NIE\***
2. **4 lekarzem neurologami: TAK/NIE\***
3. **4 lekarzem okulistami: TAK/NIE\***
4. **4 lekarzem laryngologami: TAK/NIE\***
5. **4 lekarzem dermatologami : TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Wrocław ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***
* **dot. Wykazu placówek na terenie miasta Niemcza ppkt 1.2.4.3 - TAK/NIE\***

\*niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA O DOKUMENTACH NA POTWIERDZENIE UMOCOWANIA DO DZIAŁANIA W IMIENIU WYKONAWCY ORAZ O PODMIOTOWYCH ŚRODKACH DOWODOWYCH POSIADANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO LUB MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA ZA POMOCĄ BEZPŁATNYCH I OGÓLNODOSTĘPNYCH BAZ DANYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI REJESTRÓW PUBLICZNYCH:**

Wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie umocowania do działania w imieniu Wykonawcy oraz prawidłowe i aktualne podmiotowe środki dowodowe (jeżeli dotyczy) Zamawiający posiada lub może uzyskać do nich dostęp za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, na podstawie następujących danych:

z bazy danych/rejestrów:

| **Lp.** | **Nazwa oświadczenia lub dokumentu** | **Adres bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych/rejestru publicznego** |
| --- | --- | --- |
|  | KRS |  |
| 2 | CEIDG |  |
| 3 | [inny] |  |

w dyspozycji Zamawiającego*:*

| **Lp.** | **Nazwa oświadczenia lub dokumentu** | **Dane umożliwiające dostęp do tych środków****(postępowanie, do którego został złożony podmiotowy środek dowodowy – nazwa, nr sprawy, nr ogłoszenia itp.)** |
| --- | --- | --- |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Oświadczenie musi być opatrzone odpowiednio przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegającego się o zamówienie/podmiotu udostępniającego zasoby kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**UWAGA!!!** **Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot udostępniający zasoby w przypadku, gdy wykonawca polega na jego zasobach w celu wykazania warunku dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej. Dokument należy złożyć wraz z ofertą!**

**Postępowanie nr BZP.2711.38.2024.MG**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**Nazwa podmiotu udostępniającego zasoby:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres podmiotu udostępniającego zasoby)*

*KRS/CEiDG/* (w zależności od podmiotu): ……………………………………………………………..……

reprezentowany przez: …………………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

„**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów
 sanitarno-epidemiologicznych”**

prowadzonego przez: **Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław**

zobowiązuję się do oddania zasobów na potrzeby wykonania przedmiotowego zamówienia następującemu Wykonawcy:

............................................................................................................................

*(nazwa i adres wykonawcy)*

Oświadczam/-y, iż na potrzeby spełniania przez Wykonawcę następujących warunków udziału w postępowaniu:

a) udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

............................................................................................................................

b) sposób wykorzystania przy wykonywaniu zamówienia przez Wykonawcę udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

............................................................................................................................

c) zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

............................................................................................................................

d) okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

............................................................................................................................

e) będę realizował poniżej wymienione usługi, których dotyczą udostępniane zasoby odnoszące się do warunków udziału w postępowaniu dotyczących zdolności technicznej i zawodowej, na których polega Wykonawca: …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

f) z Wykonawcą łączyć nas będzie: ………………………………………………………………………………………

Wykonawca może przedstawić zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia na powyższym wzorze lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów.

***Zobowiązanie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**UWAGA ! - Dokument należy złożyć na wezwanie Zamawiającego**

**Postępowanie nr: 2711.38.2024.MG**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – potwierdzających warunek udziału w postępowaniu pn.:**„Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów
sanitarno-epidemiologicznych”*,*** o którym mowa w rozdziale VI, ust.1.2, pkt 1.2.4, pkt 1.2.4.2 SWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana  | Rodzaj wykonanej usługipotwierdzający spełnienie warunku określonego w rozdziale VI ust.1.2, pkt 1.2.4, pkt 1.2.4.2 SWZ | Termin rozpoczęcia i termin zakończenia realizacji usługi |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Nazwa:……………………………………………………………………………..Adres: …………………………………………………………………………….. | Nazwa zamówienia (usługi): ………….………………………………………………….……………………………….………………………………………………………………………….…….…Usługa medyczna z zakresu medycyny pracy **TAK/NIE\***Wartość wykonanej/wykonywanej\* usługi ………………………….….. zł brutto.objętych tą usługą było/jest minimum 1 000 osób**TAK/NIE\*** | od ……….………dd/mm/rrrrdo ……….………dd/mm/rrrr |
| 2. | Nazwa:……………………………………………………………………………..Adres: …………………………………………………………………………….. | Nazwa zamówienia (usługi): ………….………………………………………………….……………………………….………………………………………………………………………….…….…Usługa medyczna z zakresu medycyny pracy **TAK/NIE\***Wartość wykonanej/wykonywanej\* usługi ………………………….….. zł brutto.objętych tą usługą było/jest minimum 1 000 osób**TAK/NIE\*** | od ……….………dd/mm/rrrrdo ……….………dd/mm/rrrr |

**UWAGA!**

Jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług, wykonywanych wspólnie
z innymi Wykonawcami „Wykaz usług” dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.

Należy załączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy.

W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy. Jeżeli wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług wykonywanych wspólnie z innymi Wykonawcami, wykaz dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył.

***\* zaznaczyć odpowiednie***

**Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy / Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie/ kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**UWAGA ! - Dokument należy złożyć po wezwaniu przez Zamawiającego**

**Postępowanie nr: BZP.2711.38.2024.MG**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU Z ART. 125 UPZP**

1. w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia przez Wykonawców oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.
2. w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotu udostępniającego zasoby oświadczenie składa również podmiot udostępniający zasoby.

**Wykonawca/Podmiot udostępniający zasoby:**

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

*(pełna nazwa Wykonawcy/Podmiotu, w imieniu którego składane jest oświadczenie, adres)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów
sanitarno-epidemiologicznych”**

Oświadczam/y, że **aktualne są** informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 uPzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

* + - * 1. art. 108 ust. 1 -6 uPzp
				2. art. 109 ust. 1 pkt 7, 8 i 10 uPzp



Oświadczam/y[[11]](#footnote-11), iż następujące informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu,
o którym mowa w art. 125 ust. 1 uPzp, w zakresie podstaw wykluczenia, **są nieaktualne**
w zastępującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wskazać odpowiedni punkt z listy wskazanej powyżej)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne na dzień złożenia oświadczenia i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby / kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Uwaga! Dokument należy złożyć wraz z ofertą tylko w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**Postępowanie nr: BZP.2711.38.2024,MG**

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA składane na podstawie art. 117 ust. 4 uPzp**

**Wykonawca 1:**

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

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

*(pełna nazwa i adres)*

**Wykonawca 2:**

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

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

*(pełna nazwa i adres)*

**Wykonawca …:**

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

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

*(pełna nazwa i adres)*

Uczestnicząc w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn.:

**„Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów
 sanitarno-epidemiologicznych”**

 ***(nazwa postępowania)***

Niniejszym oświadczam/y, że:

1. Warunek dotyczący uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej opisany w rozdziale VI pkt 1.2.2 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę****(określenie czynności wykonywanych przez Wykonawcę)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Warunek dotyczący zdolności technicznej i zawodowej opisany w rozdziale VI pkt 1.2.4.1 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę****(określenie czynności wykonywanych przez Wykonawcę)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Warunek dotyczący zdolności technicznej i zawodowej opisany w rozdziale VI pkt 1.2.4.2 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę****(określenie czynności wykonywanych przez Wykonawcę)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Warunek dotyczący zdolności technicznej i zawodowej opisany w rozdziale VI pkt 1.2.4.3 SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Usługi, które będą wykonywane przez Wykonawcę****(określenie czynności wykonywanych przez Wykonawcę)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**UWAGA ! - Dokument należy złożyć na wezwanie Zamawiającego**

**Postępowanie nr: BZP.2711.5.2024.MG**

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**w każdej z placówek określonych w pkt 1.2.4.3.**

**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Imię i nazwisko | **Specjalizacja lekarska** potwierdzająca spełnienie warunku wskazanego w rozdz. VI w ppkt, 1.2.4.1  | Wykonawca polegać będzie na osobach innych podmiotów (wypełnić odpowiednie kolumny) |
| TAK\* | NIE |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| **I- Placówka na terenie miasta Wrocław** **…………………………………..****Nazwa i adres** |
| **Lekarz orzecznik medycyny pracy** |
| 1 |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| Itd... |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz neurolog** |
| 1 |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz okulista** |
| 1 |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.,, |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz laryngolog** |
| 1 |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.. |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz dermatolog** |
| 1 |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd... |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |

*\* Jeżeli w wykazie powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków, należy udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

**Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**Postępowanie nr: BZP.2711.5.2024.MG**

**Załącznik nr 7.1 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**w każdej z placówek określonych w pkt 1.2.4.3.**

**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Imię i nazwisko | **Specjalizacja lekarska** potwierdzająca spełnienie warunku wskazanego w rozdz. VI w ppkt, 1.2.4.1  | Wykonawca polegać będzie na osobach innych podmiotów (wypełnić odpowiednie kolumny) |
| TAK\* | NIE |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| **II- Placówka na terenie miasta Wrocław** **…………………………………..****Nazwa i adres** |
| **Lekarz orzecznik medycyny pracy** |
| 1 |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| Itd... |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz neurolog** |
| 1 |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz okulista** |
| 1 |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.,, |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz laryngolog** |
| 1 |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.. |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz dermatolog** |
| 1 |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd... |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |

*\* Jeżeli w wykazie powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków, należy udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

**Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**Postępowanie nr: BZP.2711.5.2024.MG**

**Załącznik nr 7.2 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**w każdej z placówek określonych w pkt 1.2.4.3.**

**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Imię i nazwisko | **Specjalizacja lekarska** potwierdzająca spełnienie warunku wskazanego w rozdz. VI w ppkt, 1.2.4.1  | Wykonawca polegać będzie na osobach innych podmiotów (wypełnić odpowiednie kolumny) |
| TAK\* | NIE |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| **III- Placówka na terenie miasta Wrocław** **…………………………………..****Nazwa i adres** |
| **Lekarz orzecznik medycyny pracy** |
| 1 |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| Itd... |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz neurolog** |
| 1 |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz okulista** |
| 1 |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.,, |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz laryngolog** |
| 1 |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.. |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz dermatolog** |
| 1 |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd... |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |

*\* Jeżeli w wykazie powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków, należy udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

**Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

**Postępowanie nr: BZP.2711.5.2024.MG**

**Załącznik nr 7.3 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**w każdej z placówek określonych w pkt 1.2.4.3.**

**Usługi medyczne w zakresie przeprowadzania badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych (badania profilaktyczne) oraz dla celów sanitarno-epidemiologicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Imię i nazwisko | **Specjalizacja lekarska** potwierdzająca spełnienie warunku wskazanego w rozdz. VI w ppkt, 1.2.4.1  | Wykonawca polegać będzie na osobach innych podmiotów (wypełnić odpowiednie kolumny) |
| TAK\* | NIE |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
|  **Placówka na terenie miasta Niemcza** **lub**w odległości nie większej niż 25 km od miasta Niemcza.**…………………………………..****Nazwa i adres** |
| **Lekarz orzecznik medycyny pracy** |
| 1 |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| Itd... |  | Lekarz orzecznik medycyny pracy | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz neurolog** |
| 1 |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd |  | Lekarz neurolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz okulista** |
| 1 |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.,, |  | Lekarz okulista | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz laryngolog** |
| 1 |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd.. |  | Lekarz laryngolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| **Lekarz dermatolog** |
| 1 |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |
| itd... |  | Lekarz dermatolog | Podstawa do dysponowania osobą innego podmiotu:………………………… | Podstawa do dysponowania osobą :…………………………… |

*\* Jeżeli w wykazie powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków, należy udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

**Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**

1. Wypełnić, jeżeli wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawca wypełnia, jeżeli go dotyczy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-3)
4. Punkt 1-3 powyżej wypełniają wyłącznie Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego tzn. kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-6)
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1. [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-8)
9. Wypełnić jeżeli dotyczy. [↑](#footnote-ref-9)
10. Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, **składa wraz z ofertą** **zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby** do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji danego zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów. Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby potwierdza, że stosunek łączący wykonawcę z podmiotami udostępniającymi zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów oraz określa w szczególności:

1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby;

2) sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia;

3) czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą.

Wzór zobowiązania podmiotu udostępniającego stanowi Załącznik nr 5 do SWZ. [↑](#footnote-ref-10)
11. Wypełnić jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-11)