**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[[1]](#footnote-1), 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. 1 lekarzem orzecznikiem medycyny pracy – TAK/NIE\*
2. 1 lekarzem neurologiem– TAK/NIE\*
3. 1 lekarzem okulistą – TAK/NIE\*
4. 1 lekarzem laryngologiem – TAK/NIE\*
5. 1 lekarzem dermatologiem- – 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[[2]](#footnote-2)**:

**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. 1 lekarzem orzecznikiem medycyny pracy – TAK/NIE\*
2. 1 lekarzem neurologiem– TAK/NIE\*
3. 1 lekarzem okulistą – TAK/NIE\*
4. 1 lekarzem laryngologiem – TAK/NIE\*
5. 1 lekarzem dermatologiem- – 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. 1 lekarzem orzecznikiem medycyny pracy – TAK/NIE\*
2. 1 lekarzem neurologiem– TAK/NIE\*
3. 1 lekarzem okulistą – TAK/NIE\*
4. 1 lekarzem laryngologiem – TAK/NIE\*
5. 1 lekarzem dermatologiem- – 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.**

1. Wypełnić jeżeli dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)