Załącznik nr 3 do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  **Rozdz. V, pkt. 2. SIWZ.**

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **Rozdz. V, pkt. 2. SIWZ***,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………

..…………………………………………………………………………………………………………, w następującym zakresie: ………………………………………………………………………. *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy PZP.

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

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

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 5 do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności  
do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, co następuje:

**□** w zakresie zadania nr …………….**NIE należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, 1571 i 11667) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu\*

**□** w zakresie zadania nr ……………. **należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w ust. 1 pkt. 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, 1571 i 11667), z innym Wykonawcą:

…………………………………………………………………………………………………...………,

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w przedmiotowym postępowaniu. \*

**□** W tym przypadku załączam dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*.

*\* właściwe zaznaczyć* ***X***

….............................,dnia ….....................r.

*(Miejscowość)*

*UWAGA!*

*Wykonawca nie składa niniejszego oświadczenia z ofertą.*

*Wykonawca jest zobowiązany przekazać zamawiającemu oświadczenie o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy PZP.*

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje (dowody) potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.*

Załącznik nr 6.1. do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**WYKAZ POJAZDÓW**

dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia

**DLA ZADANIA NR 1**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że dysponuję lub będę dysponować następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Zezwolenie MSWiA\***  **(Tak/ Nie)** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* zezwolenie, o którym mowa w Rozdz. III pkt. 6 ppkt. 6.3. SIWZ

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 6.2. do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**WYKAZ POJAZDÓW**

dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia

**DLA ZADANIA NR 2**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że dysponuję lub będę dysponować następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Zezwolenie MSWiA\***  **(Tak/ Nie)** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* zezwolenie, o którym mowa w Rozdz. III pkt. 6 ppkt. 6.3. SIWZ

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 6.3. do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**WYKAZ POJAZDÓW**

dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia

**DLA ZADANIA NR 3**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że dysponuję lub będę dysponować następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* zezwolenie, o którym mowa w Rozdz. III pkt. 6 ppkt. 6.3. SIWZ

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 6.4. do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**WYKAZ POJAZDÓW**

dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia

**DLA ZADANIA NR 4**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że dysponuję lub będę dysponować następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* zezwolenie, o którym mowa w Rozdz. III pkt. 6 ppkt. 6.3. SIWZ

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

Załącznik nr 6.5. do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

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

*(imię i nazwisko)*

**WYKAZ POJAZDÓW**

dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia

**DLA ZADANIA NR 5**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że dysponuję lub będę dysponować następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **Zezwolenie MSWiA\***  **(Tak/ Nie)** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* zezwolenie, o którym mowa w Rozdz. III pkt. 6 ppkt. 6.3. SIWZ

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*