*Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w/w podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.*

# ZAŁĄCZNIK NR 1B do SWZ

1. **Nazwa (firma) Podmiotu udostepniającego zasoby**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **Adres (ulica i nr, miejscowość, kod pocztowy, województwo)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **NIP**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **reprezentowany przez**
2. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)***:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Zamawiający:**

**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana**

**ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**

## OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU ORAZ SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„****Modernizacja oddziałów szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu II”,** prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu,

oświadczam co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP.\*
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie 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.\*
3. 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. 108 ust. 1 pkt. 1, 2 i 5*). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze (procedura sanacyjna – samooczyszczenie)\*:

……………………………………………………………………………………………………………………..…………………...........………………………………………………………………………..……………………………………………………Na potwierdzenie powyższego przedkładam następujące środki dowodowe:

1. ……………………………………………
2. …………………………………………..
3. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia określone w rozdz. VII SWZ w zakresie których udostępniam swoje zasoby Wykonawcy w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu\*.
4. Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w Rozdziale VII Specyfikacji Warunków Zamówienia udostępniam następujące zasoby:

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

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

*(należy wskazać zakres w jakim podmiot trzeci udostępnia zasoby).*

*\* skreślić, jeżeli nie dotyczy*

**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.

# ZAŁĄCZNIK NR 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana**

**ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**

## ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA

składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy PZP

Działając w imieniu i na rzecz (wpisać nazwę i adres podmiotu udostępniającego zasoby):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Podać imię, nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Oświadczam, że w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Modernizacja oddziałów szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu II”,** zobowiązuję się udostępnić swoje zasoby Wykonawcy *(pełna nazwa i adres Wykonawcy)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

W celu oceny, czy Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu niezbędnym dla należytego wykonania zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów oświadczam, iż:

1. Udostępnię Wykonawcy zasoby w następującym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Wykonawca będzie mógł wykorzystywać ww. zasoby przy wykonywaniu zamówienia w następujący sposób:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Okres mojego udostępnienia zasobów Wykonawcy będzie następujący:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. W wykonywaniu zamówienia będziemy uczestniczyć w następującym czasie i zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Ww. podmiot trzeci, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą.
2. Z Wykonawcą łączyć nas będzie:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |