Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 125a ust. 1 i 5 ustawy z dnia 11 września 2019r. r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

1. **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**Świadczenie usług transportu specjalistycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Koszalinie – w lokalizacjach: Koszalin, ul. Szpitalna 2 oraz Słupsk, ul. Lelewela 58**

prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie*,* oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ……………………………………………………………………………………………………….

*( wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjna dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w …………………………………………………………… *( wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjna dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*

Polegam na zasobach następujących podmiotów ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. w następującym zakresie: ………………………………………………….. (*wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)*

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

1. **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów, transportu personelu medycznego oraz materiałów biologicznych oraz transportu specjalistycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA   
w Koszalinie – w lokalizacjach: Koszalin, ul. Szpitalna 2 oraz Słupsk, ul. Lelewela 58** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie*,* oświadczam, co następuje:

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. 109 ust. 1 pkt 7 ustawy Pzp

[UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

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 lub art. 109 ust. 1 pkt 7 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

*.......................................*

*(miejscowość, data)  ..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

Oświadczam, że podlegam / 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.

*.......................................*

*(miejscowość, data)  ....................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

**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.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**