\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres wykonawcy, NIP

os. do kontaktu, tel. e-mail)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o niepodleganiu wykluczeniu z udziału w postępowaniu**

**i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

**Nadleśnictwo Nawojowa**

**ul. Lipowa 1, 33-335 Nawojowa**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego z pominięciem stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1320 ze zm.) zwanej dalej Pzp – wartość zamówienia poniżej 130 tys. zł na realizację usługi pn. „***Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowej opieki medycznej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników Nadleśnictwa Nawojowa i członków ich rodzin*** zn. spr. NK.270.1.2025.

1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

MY NIŻEJ WSKAZANI:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpisując niniejszy dokument oświadczamy, że:

1. Nie podlegam/ reprezentowany przeze mnie wykonawca nie podlega wykluczeniu z ww. postępowania z uwagi na art. 7 ust.1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1497 ze zm.)
2. Spełniam/ reprezentowany przeze mnie wykonawca spełnia warunku udziału w postępowaniu, w zakresie:
   1. zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, o którym mowa w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 656),
   2. Zdolności technicznej – tj. posiada co najmniej 15 placówek własnych na terenie miasta Nowy Sącz, lub że dysponuje co najmniej 15 placówkami w ramach polegania na zdolnościach technicznych innych podmiotów
3. **WYKAZ PLACÓWEK:**

Oświadczamy, że posiadamy co najmniej 15 placówek własnych na terenie miasta Nowego Sącza (podać nazwę i adres) lub dysponujemy co najmniej 15 placówkami na terenie miasta Nowego Sącza (podać nazwę i adres):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa placówki** | **Adres placówki** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
(podpis)