

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA  
WARUNKÓW UDZIAŁU I BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA  
W POSTĘPOWANIU**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.  
Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON KPW  
Świnoujście oraz dla kadry i pracowników wojska z jednostek będących  
na zaopatrzeniu KPW Świnoujście – z podziałem na części:**

**Część nr 1 – usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników  
RON z jednostek będących na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon  
Świnoujście (badania laboratoryjne i obrazowe)\***

**Część nr 2 – usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników  
RON z jednostek będących na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon  
Świnoujście/Dziwnów (medyczne usługi specjalistyczne)\* Część nr 3 – Usługi medyczne  
w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON z jednostek będących  
na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon Dziwnów (badania  
laboratoryjne i obrazowe)\***

prowadzonego przez Komendę Portu Wojennego Świnoujście, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale IX pkt 9 Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 109 ust. 1 pkt. 1, 4, 5 i 7 ustawy Pzp .**

**Wypełnić jeśli dotyczy, jeśli nie dotyczy – skreślić**

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art ..... ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych*).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
.....

**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.

.....  
(podpis)

**Uwaga! Dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

1. *W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie, składa każdy z wykonawców oraz dodatkowo zgodnie z art. 117 ust. 4 ustawy, oświadczenie ( w formularzu ofertowym), że przedmiot zamówienia zostanie wykonany przy potencjale poszczególnych Wykonawców w podanym przez Wykonawcę zakresie.*
2. *W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, Wykonawca, przedstawia także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby.*

**Zamawiający rekomenduje zapisanie dokumentu w formacie PDF**

4

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

Ja(/My) niżej podpisany(/ni) .....  
(imię i nazwisko składającego(/cych) oświadczenie)

będąc upoważnionym(/mi) do reprezentowania:

.....  
(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)

**oświadczam(/my),**

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 1129 ze zm.), odda Wykonawcy:

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

przy wykonywaniu zamówienia publicznego pod nazwą:

**Usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON KPW Świnoujście oraz dla kadry i pracowników wojska z jednostek będących na zaopatrzeniu KPW Świnoujście – z podziałem na części:**  
**Część nr 1 – usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON z jednostek będących na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon Świnoujście (badania laboratoryjne i obrazowe)\***  
**Część nr 2 – usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON z jednostek będących na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon Świnoujście/Dziwnów (medyczne usługi specjalistyczne)\***  
**Część nr 3 – Usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla kadry i pracowników RON z jednostek będących na zaopatrzeniu gospodarczym KPW Świnoujście – rejon Dziwnów (badania laboratoryjne i obrazowe)\***

następujące niezbędne zasoby na okres korzystania z nich

1) zdolności techniczne lub zawodowe:

.....  
.....

(należy szczegółowo wskazać czynności, jakie zostaną powierzone)

2) zdolność ekonomiczną lub finansową:

.....  
.....  
.....

*(należy szczegółowo wyspecyfikować udostępniane zasoby)*

Sposób wykorzystania w/w zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia (np. podwykonawstwo, konsultacje, doradztwo) jest następujący:

.....  
.....

Charakter stosunku, jaki będzie łączył nas z wykonawcą (np. umowa cywilno-prawna, umowa o współpracy) :

.....  
.....

\*- niepotrzebne skreślić

**Uwaga! Dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

**Zamawiający rekomenduje zapisanie dokumentu w formacie PDF**

