**Załącznik nr 7 do SWZ**

DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE – NIE ZAŁĄCZAĆ DO OFERTY

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

składane w postępowaniu pn.:

**Usługi i świadczenia zdrowotne realizowane w ramach projektu**

„**Po zdrowie razem – wdrożenie modelu i uruchomienie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży dla Ochoty, Śródmieścia i Ursusa”**

Nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

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

Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie ww. zamówienia publicznego po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej informacją, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, niniejszym oświadczamy , że:

\* 1) nie należymy do żadnej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r., o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020 r., poz. 1076 t.j., ze zm. .) z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

\* 2) należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu z ustawy dnia 16 lutego 2007 r., o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2020 r., poz. 1076 t.j., ze zm. .) z innym Wykonawcą który złożył odrębna ofertę w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia\*\*: Jednocześnie przedkładam dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.

a) ………………………………………………………………………………………….

b) ………………………………………………………………………………………….

c) ………………………………………………………………………………………….

d) ………………………………………………………………………………………….

e) ………………………………………………………………………………………….

…………………………… , dnia ……………………………………………

/miejscowość/ /data/

\*niepotrzebne skreślić

\*\* Wraz ze złożeniem oświadczenia o przynależności do tej samej grupy kapitałowej z Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

………………………………….

(*miejscowość, data*)

……………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji w formie elektronicznej (kwalifikowany)*

**Załącznik nr 8 do SWZ**

DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE – NIE ZAŁĄCZAĆ DO OFERTY

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU,O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO, W ZAKRESIE PRZESŁANEK, O KTÓRYCH MOWA W ART.108 UST. 1 PKT 3-6 PZP**

składane w postępowaniu pn.:

**Usługi i świadczenia zdrowotne realizowane w ramach projektu**

„**Po zdrowie razem – wdrożenie modelu i uruchomienie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży dla Ochoty, Śródmieścia i Ursusa”**

Nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że (zaznaczyć odpowiednie):

1. aktualne są informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.) („Pzp”), w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych w:
2. art. 108 ust. 1 pkt 3 i pkt 6 ustawy,
3. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
4. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
5. art. 109 ust. 1 pkt 5 ustawy.
6. następujące informacje zawarte przeze mnie w oświadczeniu, o którym mowa art. 125 ust. 1 Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3-6 Pzp, są nieaktualne w następującym zakresie ………………………. (podać mającą zastosowanie podstawę prawną wykluczenia spośród wymienionych powyżej 108 ust. 1 pkt 3-6 Pzp oraz art. 109 ust. 1 pkt 5 Pzp)

………………………………….

(*miejscowość, data*)

……………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji w formie elektronicznej (kwalifikowany)*

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE – NIE ZAŁĄCZAĆ DO OFERTY

**WYKAZ OSÓB**

w postępowaniu pn.: ***Usługi i świadczenia zdrowotne realizowane w ramach projektu***

*„****Po zdrowie razem – wdrożenie modelu i uruchomienie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży dla Ochoty, Śródmieścia i Ursusa***

*Wykonawca wypełnia Tabele na te Części, na które złożył ofertę:*

**CZĘŚĆ 90 – Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Śródmieście 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 91 - Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Śródmieście 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 92 - Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Śródmieście 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 93 - Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Ochota 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 94 – Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Ochota 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 95 – Zespół Lekarski – Psychiatria dziecięcy – Ursus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 5) ppkt 1. lit. a. – d. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 96 – Logopeda/Neurologopeda 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 6) ppkt 1. a. – f. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 6) ppkt 1. lit. b. - e. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ 97 – Logopeda/Neurologopeda 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 6) ppkt 1. a. – f. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 6) ppkt 1. lit. b. - e. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ 98 - Pozostali specjaliści – Dietetyk 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 7) ppkt 1. lit. a. – b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 99 - Pozostali specjaliści – Dietetyk 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 7) ppkt 1. lit. a. – b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 100 - Pozostali specjaliści – Terapeuta Uzależnień 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 8) ppkt 1. lit. a. – b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 101 - Pozostali specjaliści – Terapeuta Uzależnień 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 8) ppkt 1. lit. a. – b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

**CZĘŚĆ 102 - Pozostali specjaliści – Terapeuta Uzależnień 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego**  **(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 8) ppkt 1. lit. a. – b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)**  **\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |

………………………………….

(*miejscowość, data*)

……………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji w formie elektronicznej (kwalifikowany)*