DZp.380.3.22.2024.DIb.208

|  |  |
| --- | --- |
|   | Załącznik nr 3 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 201 Rybnik |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| reprezentowany przez:………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia, którego przedmiotem jest Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego w Rybniku oświadczam, co następuje:

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

2. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu.

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu**:

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu
z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. ………………………… ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia).
2. Jednocześnie oświadczam, że na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podjął następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………

**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 przedstawieniu informacji.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.22.2024.DIb.208 | Załącznik nr 4 do SWZ |
|  | **Zamawiający**:Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 201 Rybnik |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| reprezentowany przez:………………………………………………………………………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

(składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy PZP)

Na potrzeby postępowania pn. Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku, prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku,oświadczam, że:

**Informacja o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**:

Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, spełnia warunki udziału
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. 6 SWZ w zakresie (zaznaczyć właściwe pole/a np. znakiem X):

* + 6.1.2
	+ 6.1.4

\*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wskazać, który warunek spełnia Wykonawca składający oświadczenie (jeżeli dany Wykonawca nie spełnia wszystkich warunków wskazuje tylko te warunki, które spełnia samodzielnie). W przypadku podmiotów udostępniających zasoby należy wskazać, który dokładnie warunek spełnia podmiot składający oświadczenie (jeżeli dany podmiot nie spełnia wszystkich warunków wskazuje tylko te warunki, w zakresie których udostępnia zasoby).

**Informacja w związku z poleganiem Wykonawcy na zasobach innych podmiotów[[1]](#footnote-1)**:

Oświadczam, że Wykonawca, w imieniu którego składane jest oświadczenie, w celu wykazania warunków udziału w postępowaniu polega na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

W zakresie warunku określonego w pkt. ………SWZ polega za zasobach …………………………………

(wskazanie podmiotu/ów udostępniającego/ych zasoby)[[2]](#footnote-2).

**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 przedstawieniu informacji.

oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie, oświadczenie składa
z ofertą każdy z Wykonawców.

*\* niepotrzebne skreślić*

 DZp.380.3.22.2024.DIb.208 Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo

i Psychicznie Chorych w Rybniku

ul. Gliwicka 33

44 - 201 Rybnik

**Podmioty, w imieniu których składane jest oświadczenie:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

reprezentowane przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, o którym mowa
w art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania pn. „Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej
o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku”, prowadzonego przez Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku, działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie,oświadczam, że:

Wykonawca:

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:

…………………………………………………………………………………………………

Wykonawca:

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:

…………………………………………………………………………………………………

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 przedstawieniu informacji.

Oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

*\* niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 6 do SWZ

**WYKAZ USŁUG WYKONANYCH**

**W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT**

Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Rybniku (DZp.380.3.22.2024.DIb.208)

NAZWA WYKONAWCY:……………………………………………………………………

ADRES: ……………………………………………………………………………………….

OŚWIADCZAM(Y), że: wykonałem (wykonaliśmy) następujące dostawy lub usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Wartość (brutto) | Data wykonania(data rozpoczęcia - data zakończenia) | Podmioty, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**UWAGA:**

Zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 2415), zwanym dalej Rozporządzeniem, **do wykazu usług wykonanych a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych załącza się** dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy;

Zgodnie z § 9 ust. 2 pkt 1 Rozporządzenia **okresy wyrażone w latach lub miesiącach, o których mowa wykazie usług wykonanych, liczy się wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert**.

Zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 1 Rozporządzenia jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji robót usług wspólnie z innymi Wykonawcami, **wykaz usług wykonanych, o którym mowa w § 9 ust. ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia, dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych , w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy**

**UWAGA:**

**Z kolumny „Rodzaj wykonanej usługi” powinno wynikać jaki zakres usług został w ramach niej wykonany, tak aby Zamawiający był w stanie jednoznacznie stwierdzić czy Wykonawca spełnia warunek określony w pkt. 6.1.4. ppkt. 2 SWZ.**

 oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

Załącznik nr 7 do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie **Tryb podstawowy bez negocjacji - art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp** na: **Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego w Rybniku (DZp.380.3.22.2024.DIb.208)**

OŚWIADCZAM(Y), że w wykonaniu niniejszego zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby, należy wpisać wszystkie osoby niezbędne do zapewnienia wykonywania usługi 7 dni w tygodniu 24h/dobę (ilość wierszy w tabeli należy powielić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Uprawnienia | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami\*\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

\*\* np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie, itp.

|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.3.22.2024.DIb.208 | Załącznik nr 8do SWZ |

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, o którym mowa w art. 118 ust. 3 i 4 ustawy Pzp, potwierdzające, że stosunek łączący Wykonawcę z podmiotem udostępniającym zasoby gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów**

**PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY**

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

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności podmiotu, o którym mowa w art. 118 ust. 1 ustawy Pzp)

reprezentowany przez:

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

Oświadczam, że w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn. „Świadczenie usług ochrony w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia Klinicznego Szpitala Psychiatrycznego w Rybniku, prowadzonym przez Zamawiającego - Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ
w Rybniku, zobowiązuję się udostępnić swoje następujące zasoby Wykonawcy lub Wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia

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

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności Wykonawcy lub nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

……………………………………………………………………………………………………………

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

1. czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane, których wskazane zdolności dotyczą:

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

 *oświadczenie należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

1. Wypełnia Wykonawca. Rubryki nie wypełnia podmiot udostępniający zasoby. [↑](#footnote-ref-1)
2. Powielić, jeżeli jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-2)