SP ZOZ MSWiA w Koszalinie

ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin Załącznik nr 1 do SIWZ

**DANE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS lub inny organ rejestrowy: |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa:(właściwe podkreślić) | 1. **mikroprzedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO;2. **małe przedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO;3. **średnie przedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO.4. **żadne z powyższych.** |
| Telefon/fax: |  |
| Dane osoby upoważnionej do kontaktów: | Imię i nazwisko:Numer telefonu:Adres e-mail:  |
| Strona www: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |

…………….……..…. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

…………………………..………………*(podpis Wykonawcy)*

**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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji*,* oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

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

 *(miejscowość, data)*

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.………………………………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

 *(miejscowość, data)*

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

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

 *[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami, tj. …………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

 nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

 *(miejscowość, data)*

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

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

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)**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji*,* oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

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

 *(miejscowość, data)*

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

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

**Oświadczenie wykonawcy o kontynuacji ubezpieczenia OC**

Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej / naszej firmy do realizacji przedmiotowego zadania, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji umowy.

Każdorazowe odnowienie polisy zobowiązuję się przekazywać w terminie do 30 dni od upływu ważności polisy poprzedzającej

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

 *(miejscowość, data)*

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

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