

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
składane na podstawie art. 25a ust. 1 PZP

Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej:
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana II, Al. Jana Pawła II 10,
22-400 Zamość
- tel.: 84 677 33 33 – Kancelaria Szpitala, 84 677 33 29 – Zamówienia Publiczne
- faks: 84 638 66 69
- adres strony internetowej: www.szpital.zam.pl
Godziny pracy: od poniedziałku do piątku w godzinach 7²⁵ - 15⁰⁰

2. Przedmiot zamówienia: **dostawa preparatów wiskoelastycznych i innych dla Oddziału Okulistycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.**

3. Numer nadany sprawie przez zamawiającego: **AG.ZP 3320.40.19**

Na potrzeby ww. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, działając w imieniu Wykonawcy oświadczam, co następuje:

UWAGA:

Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić wstępne potwierdzenie, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu i nie podlega wykluczeniu.

W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Oświadczenie to ma potwierdzać spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw do wykluczenia każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw do wykluczenia oraz spełniania, w zakresie w jakim powołuje się na ich zasoby, warunków udziału w postępowaniu, zamieszcza informacje o tych podmiotach w niniejszym oświadczeniu.

Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu, zamieszcza informacje o podwykonawcach w niniejszym oświadczeniu.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Informacje na temat Wykonawcy:

a) Nazwa Wykonawcy, Numer KRS (jeżeli dotyczy), NIP, REGON, PESEL (jeżeli dotyczy):

b) Adres siedziby, miejsce zamieszkania (dotyczy Wykonawcy będącego osobą fizyczną)

c) Adres do korespondencji:

d) Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów/reprezentowania Wykonawcy na potrzeby przedmiotowego postępowania:

numer telefonu:

numer faksu:

2. Informacje dotyczące wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie przedmiotowego zamówienia na zasadach określonych w art. 23 ust. 1 PZP ? [Tak/ Nie]

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca:

a) Proszę podać rolę Wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.):

b) Proszę podać nazwy/firmy pozostałych Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie przedmiotowego zamówienia:

3. Informacje dotyczące polegania na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów

Czy wykonawca polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 PZP: [Tak/ Nie]

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca:

a) proszę podać dane tego/tych podmiotu/ów (nazwa, adres):

b) Czy podmiot/ podmioty wymieniony/e w lit a) podlega/ją wykluczeniu z udziału w postępowaniu z powodu zaistnienia przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 13 – 22 ust. 5 pkt 1 – 3, 8 PZP? [Tak/Nie]

c) Jeżeli odpowiedź jest twierdząca proszę podać przesłankę/podstawę prawną wykluczenia podmiotu trzeciego/podmiotów trzecich

4. Informacje dotyczące podwykonawców

Czy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom: [Tak/ Nie].

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać:

a) dane o podwykonawcach ze wskazaniem części zamówienia w tym wartości brutto PLN lub procentowy udział podwykonawstwa, którą wykonawca zamierza powierzyć danemu podwykonawcy (nazwy, siedziby):

.....

.....

b) Czy podmiot/ podmioty wymieniony/e w lit a) podlega/ją wykluczeniu z udziału w postępowaniu z powodu zaistnienia przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 13 – 22, ust. 5 pkt 1 – 3, 8 PZP? [Tak/Nie].....

c) Jeżeli odpowiedź jest twierdząca proszę podać przesłankę/podstawę prawną wykluczenia podwykonawcy/ podwykonawców

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały udzielone z pełną świadomością odpowiedzialności karnej Wykonawcy za wprowadzenie Zamawiającego w błąd przy ich składaniu.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 oraz z 2016 r. poz. 831, 996 i 1020 (dalej jako: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **dostawa preparatów wiskoelastycznych i innych dla Oddziału Okulistycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.**

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

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 pkt 1 – 3 i 8 ustawy Pzp.

..... r.
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

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 ust. 5 Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

..... r.
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 oraz z 2016 r. poz. 831, 996 i 1020 (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **dostawa preparatów wiskoelastycznych i innych dla Oddziału Okulistycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.**

oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ dotyczące:

- A/ kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów – zamawiający nie określa tego warunku;
B/ sytuacji ekonomicznej lub finansowej – zamawiający nie określa tego warunku;
C/ zdolności technicznej lub zawodowej – zamawiający nie określa tego warunku .

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Oświadczenie w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów:

Oświadczam, że w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ polegam na zasobach podmiotu/ów, wymienionego/ych w części „Informacje dotyczące wykonawcy” pkt. 3 „Informacja dotyczące polegania na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów” w następującym zakresie:

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały udzielone z pełną świadomością odpowiedzialności karnej wykonawcy za wprowadzenie zamawiającego w błąd przy ich składaniu.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)