

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim,
ul. Sadowa 10, 95-050 Konstantynów Łódzki
NIP 7311731057

Wykonawca:

.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r.

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest
**dostawa komputerów stacjonarnych i przenośnych, oprogramowania serwera oraz dysków
serwerowych na potrzeby „Wdrożenie e-USług w Placówce POZ”**

Oświadczam co następuje:

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez
zamawiającego w zakresie opisanym w Rozdziale 4 pkt 4.3 Specyfikacji Warunków Zamówienia
polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
.....

w następującym zakresie:

.....

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... *(miejscowość)*, dnia r.

.....
(podpis)

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim,
ul. Sadowa 10, 95-050 Konstantynów Łódzki
NIP 7311731057

Wykonawca:

.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa komputerów stacjonarnych i przenośnych, oprogramowania serwera oraz dysków serwerowych na potrzeby „Wdrożenie e-Usług w Placówce POZ”**.

Oświadczam co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że:
 - nie podlegam wykluczeniu z niniejszego postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 Ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - nie podlegam wykluczeniu z tego powodu, że w stosunku do podmiotu, który reprezentuję otwarto likwidację, ogłoszono upadłość, aktywami zarządza likwidator lub sąd, zawarto układ z wierzycielami, działalność gospodarcza jest zawieszona albo podmiot ten znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury, to jest na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 Ustawy Prawa zamówień Publicznych,

..... *(miejscowość)*, dnia r.

.....
(podpis)

LUB

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

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

1)

2)

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*¹

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

¹ Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*, zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim,
ul. Sadowa 10, 95-050 Konstantynów Łódzki
NIP 7311731057

Wykonawca:

.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

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)*, dnia r.

.....
(podpis)

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim,
ul. Sadowa 10, 95-050 Konstantynów Łódzki
NIP 7311731057

Wykonawca:

.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

[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:

.....
(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), dnia* *r.*

.....
(podpis)

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim,
ul. Sadowa 10, 95-050 Konstantynów Łódzki
NIP 7311731057

Wykonawca:

.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

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 przedstawianiu informacji.

..... *(miejscowość)*, dnia r.

.....
(podpis)