

.....
DAG/02/2018

(pieczęć wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.) zwanej dalej *Prawem zamówień publicznych*

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi pn. (Znak sprawy DAG/02/2018) na usługi pn. Kompleksowe świadczenie usług porządkowych w obiektach Przychodni należących do Miejskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łędzinach.

oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 *Prawa zamówień publicznych*
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 *Prawa zamówień publicznych*

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. Prawa zamówień publicznych (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 Prawo zamówień publicznych).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 **Prawa zamówień publicznych** podjąłem następujące środki naprawcze:

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

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy
wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami:

..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a
także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z
postępowania o udzielenie zamówienia.

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (Znak sprawy DAG/02/2018) na usługi pn. Kompleksowe świadczenie usług porządkowych w obiektach Przychodni należących do Miejskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łędzinach

oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia o znaku DAG/02/2018

..... dnia r.

(miejscowość)

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia o znaku DAG/02/2018, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:, w następującym zakresie:
(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI

W przetargu nieograniczonym DAG/02/2018 na Kompleksowe świadczenie usług porządkowych w obiektach Przychodni należących do Miejskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łędzinach.

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.

..... dnia r.

(miejscowość),

.....

.....

Podpis(-y) i pieczęć (-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

*) niepotrzebne skreślić

UWAGA

1/ Oświadczenia składa każdy Wykonawca składający ofertę.

2/ W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie powyższe oświadczenie

składają każdy z członków konsorcjum lub każdy ze wspólników spółki cywilnej.