

I. Załącznik nr 4 do SIWZ OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

.....

.....

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

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

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Wojewódzki
Szpital Specjalistyczny
w Chełmie**

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 25a ust. 1
ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych
(Dz.U. z 2019r. poz. 1843),

I. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ZP 3311/51/2019 pn. Pełnienie funkcji inspektora nadzoru inwestorskiego w branży: elektrycznej i sanitarnej przy realizacji zadania Remont i przebudowa budynku pawilonu szpitalnego D zlokalizowanego w kompleksie szpitalnym SPWSzS w Chełmie przy ul. Szpitalnej nr 53

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp. *
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 Ustawy Pzp.

.....(miejscowość), dnia r.

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

.....*

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

*wypełnić właściwe

**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.:..... (po-
dać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL) nie podlega/ją wykluczeniu z po-
stępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY
NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NAKTÓREGO 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), nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania
o udzielenie zamówienia.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

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

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

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Wojewódzki
Szpital Specjalistyczny
w Chełmie**

II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ZP 3311/44/2019 pn. Pełnienie funkcji inspek-
tora nadzoru inwestorskiego w branży: elektrycznej i sanitarnej przy realizacji zadania Remont i przebudowa budynku
pawilonu szpitalnego D zlokalizowanego w kompleksie szpitalnym SPWSzS w Chełmie przy ul. Szpitalnej nr 53

Oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia Dział VI ust. 1 pkt. 4 lit. a-b) oraz Ogłoszeniu o zamówieniu sekcja III.1

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU,
NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia Dział VI ust. 1 pkt. 4 lit. a-b) oraz Ogłoszeniu o zamówieniu sekcja III.

..... polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

.....
.....
....., w następującym zakresie:

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

* wypełnić jeżeli dotyczy

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)