OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW ORAZ NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**[[1]](#footnote-1)**

**o którym mowa w art. 125 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych** **oraz w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507)**

**(WZÓR)**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym, z możliwością negocjowania treści ofert w celu ich ulepszenia zgodnie z art. 275 pkt. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. (Dz. U tj. 2024, poz. 1320) Ustawy PZP, którego przedmiot stanowi ”**Świadczenie usług transportu sanitarnego na potrzeby bieżącej działalności SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu”** działając w imieniu[[2]](#footnote-2)

Działając w imieniu[[3]](#footnote-3)

🞏 Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres)*

🞏 Podmiotu udostępniającego zasoby ………………………………………………………………………..

*(nazwa i adres)*

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia określone w Rozdziale VIII SWZ[[4]](#footnote-4) warunki udziału w postępowaniu nr **NZP.2800.78.2024-TP,** którego przedmiotem stanowi : **”Świadczenie usług transportu sanitarnego na potrzeby bieżącej działalności SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu”**

* posiada zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na używanie pojazdów samochodowych jako uprzywilejowanych w ruchu drogowym zgodnie z ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r Prawo o ruchu drogowym. (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1047, 919, 1053, 1088, 1123, 1193, 1234, 1394, 1720, 1723, 2029 z 2024 r. poz. 834.
* dysponuje co najmniej 1 specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego z zespołem specjalistycznym „S” spełniającym wymagania opisane w Załączniku nr 1 do SWZ (Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia) – dotyczy Zadania nr 1
* dysponuje łącznie co najmniej 6 środkami transportu sanitarnego z zespołem podstawowym typu „P” i transportu sanitarnego pacjentów nie wymagających opieki medycznej typu „T” spełniające wymagania opisane w Załączniku nr 1 do SWZ (Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia) - dotyczy Zadania nr 2
* posiada odpowiednie doświadczenie, tzn. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert wykonał co najmniej:
* 2 usługi transportu sanitarnego pacjentów realizowanych na rzecz podmiotu leczniczego – jednostka lecznictwa zamkniętego - szpital , których czasookres wykonywania wynosił nieprzerwanie u jednego Zamawiającego co najmniej 12 m-cy każda z nich – dotyczy Zadania 1 i 2
* Nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 1 oraz pkt. 4-10 Ustawy PZP
* Nie podlega wykluczeniu 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 507)

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. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, spełniłem łącznie przesłanki, o których mowa w art. 110 ust. 2 ustawy Pzp: *(wymienić i opisać)\**

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

*Wykonawca nie podlega wykluczeniu w okolicznościach określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, jeżeli udowodni zamawiającemu, że spełnił łącznie przesłanki o których mowa w art. 110 ust. 2 ustawy Pzp*

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.

\*jeśli nie dotyczy- skreślić

\* Zaznaczyć właściwe,

1. Oświadczenie, o którym mowa w art. 125 ust. 1, składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym . Wykonawcy lub przedstawiciela podmiotu udostępniającego zasoby [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć właściwe, [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznaczyć właściwe. W przypadku podmiotu udostepniającego zasoby – można zaznaczyć odpowiednio jeden lub oba warunki.

   \*jeśli nie dotyczy- skreślić [↑](#footnote-ref-4)