**ZOZ.V.010/DZP/125/24 Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

**Zespół Opieki Zdrowotnej**

**34-200 Sucha Beskidzka**

**ul. Szpitalna 22**

**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 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ**

**SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

pn. **Dostawa produktów leczniczych w ramach programów lekowych - uzupełnienie XVII**

prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej*),* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
art. 108 ust 1 ustawy Pzp.

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 lub 6 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

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

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      SIWZ rozdz.VI *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

.

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ rozdz. VI *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .

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

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

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

**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.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ DOT. OCHRONY SYGNALISTÓW:**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych – Procedura zgłoszeń wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej*, wynikającej z ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024r. poz. 928), wprowadzonej na mocy Zarządzenia Dyrektora nr 43/G/2024 z dnia 30.09.2024 r., rozumiem jej treść, przyjmuję ją do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się ponadto do aktualizacji znajomości powyższej Procedury wraz z każdorazową jej zmianą przekazaną do wiadomości poprzez ogłoszenie w miejscu publikacji procedury.

*\*-treść procedury dostępna na stronie internetowej* [*www.zozsuchabeskidzka.pl*](http://www.zozsuchabeskidzka.pl) *w zakładce „Stefa pacjenta”*