**Załącznik nr 5 do SWZ 23/ZP/2021**

Wykonawca:

|  |
| --- |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa, przebudowa i dostosowanie pomieszczeń dla potrzeb budynku Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, nr postępowania 23/ZP/2021,** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, oświadczam co następuje:

**WYKAZ ROBÓT**

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z Rozdziałem X ust. 4 pkt. 3 SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot dostawy | Wartość dostawy | Data wykonania[od – do] | Podmiot,na rzecz którego robota budowlanazostała wykonana [nazwa i adres] |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody, określające czy te roboty budowlane zostały wykonane należycie.** Przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty;

Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie - wykonał należycie **co najmniej dwie roboty budowlane (budowa lub rozbudowa budynku użyteczności publicznej) o wartości minimum 3 000 000,00 zł brutto każda robota budowlana** wraz z podaniem ich wartości, daty i miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których roboty te zostały wykonane.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Załącznik nr 6 do SWZ 23/ZP/2021**

Wykonawca:

|  |
| --- |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa, przebudowa i dostosowanie pomieszczeń dla potrzeb budynku Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, nr postępowania 23/ZP/2021,** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, oświadczam co następuje:

**WYKAZ OSÓB**

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z Rozdziałem X ust. 4 pkt 4 SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe (nr uprawnień i ich rodzaj) | Podstawa zatrudnienia |
| Kierownik budowy |  |  |  |
| Kierownik robót sanitarnych |  |  |  |
| Kierownik robót elektrycznych |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.