|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* |

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Usługa w zakresie transportu sanitarnego specjalistycznymi środkami transportu lądowego z zespołem podstawowym |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, oświadczam co następuje: |

**WYKAZ DOSTAW**

wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, tj.:

**jedna usługa transportu sanitarnego z zespołem podstawowym o wartości minimum 350 000 zł**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość** **usługi** | **Data wykonania****[od – do]** | **Podmiot****na rzecz którego usługa została wykonana lub jest wykonywana****[nazwa i adres]** |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody, określające czy ta usługa została wykonana lub jest wykonywana należycie.**

*Przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.*

**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.

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane kwalifikowalnym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

*Uzupełnić informacje powyżej.*