**Załącznik Nr 1 do SWZ – Oferta Wykonawcy**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ……………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby Wykonawcy: …............................................................................................................

Kod: ……………Miasto: ……………………………Województwo: …………………………………Kraj: ………………………………

Adres do korespondencji (*wypełnić, jeżeli jest inny niż adres siedziby*): ………………………………………………………………………………………………………

nr NIP:................................................... nr REGON: …. …………………………………...

nr telefonu ...................................................; nr faksu..................................................

Adres e-mail Wykonawcy...................................................

*Nr KRS/CEiDG\** ..................................................

*\*****W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument – dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG:***

dane osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym:.....................................................................

Adres e-mail, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję: …………………………………………………………………

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia pn. **USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH** na warunkach i zasadach określonych w SWZ: 
   1. za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kod odpadów** | **Szacunkowa ilość odpadów wytwarzana w ciągu 24 mies.** | **Cena jednostkowa netto za 1 kg** | **Wartość netto za wskazaną ilość** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto za wskazaną ilość** |
| 18 01 02 | 36200 kg |  |  |  |  |
| 18 01 03 | 58750 kg |  |  |  |  |
| 18 01 06 | 40 kg |  |  |  |  |
| 18 01 09 | 10 kg |  |  |  |  |
| RAZEM | | |  |  |  |

Łączna wartość brutto oferty obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia w zakresie

określonym w SWZ wynosi ………………………………….. zł (słownie:................................................................) w tym ………………………………… zł netto + VAT.

**Uwaga!** Przy obliczaniu ceny oferty należy uwzględnić wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2024 r., składki na pracownicze plany kapitałowe (PPK) oraz wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia .

*Cena oferty zawiera ostateczną, sumaryczną cenę obejmującą wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem opłat i podatków.*

1. **Oświadczenia niezbędne do uzyskania punktów w poza cenowych kryteriach oceny ofert:**
   1. **Oświadczam/my, że dysponujemy ………….(należy wskazać ilość)\* pojazdem/ami przystosowanymi do odbierania odpadów medycznych spełniającymi europejski wymóg standardu emisji spalin EURO 6 wykorzystywanymi do realizacji niniejszego zamówienia.**
   2. **Oświadczamy, iż zobowiązujemy się do odbioru odpadów poza harmonogramem określonym w pkt 6. poz. 1 Umowy Jakościowej (dotyczy lokalizacji RCKiK w Bydgoszczy)** w terminie ……………. godzin od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego e-mailem, faksem lub telefonicznie.
2. **Oświadczamy, że zakaźne odpady medyczne utylizowane/unieszkodliwiane będą:**

***w zakładzie –*** ………………………………………………………………………….. (*nazwa zakładu*)

umiejscowionym na terenie województwa ………………………………………………. w miejscowości ……………….

***przez termiczne przekształcanie w spalarni odpadów niebezpiecznych i na dzień złożenia oferty instalacja   
posiada wolne moce przerobowe***

Odległość spalarni odpadów medycznych od lokalizacji:

* + 1. Bydgoszcz - … km
    2. Grudziądz - … km
    3. Brodnica - … km
    4. Toruń - … km
    5. Włocławek - … km
    6. Inowrocław - … km
    7. Świecie - … km
    8. Chełmno - … km

Odległość należy wyliczyć np. za pomocą Google Maps.

1. Oświadczamy, iż wszelkie czynności bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu zamówienia, będą wykonywane przez osoby zatrudnione przez Wykonawcę lub jego podwykonawców na podstawie umowy o pracę, zgodnie z art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 1465 t.j.), tj. pracowników wykonujących niezbędne czynności w zakresie realizacji zamówienia takie jak np.: **załadunek, transport i unieszkodliwianie odpadów**.
2. Oświadczamy, że:
3. akceptujemy termin realizacji przedmiotu umowy
4. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania oferty w okresie wskazanym w SWZ.
6. w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do  pełnej   
   i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.
7. w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy;
8. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
9. **przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w SWZ, zgodnie z *Opisem Przedmiotu Zamówienia – załącznik nr 5 do SWZ.***
10. Oświadczamy, że przedmiot zamówieniazamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\***

*(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca**  **zamierza powierzyć podwykonawcom** |
|  |  |
| **Lp.** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani** |
|  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. Czy Wykonawca jest:

mikroprzedsiębiorstwem

małym przedsiębiorcą

średnim przedsiębiorcą

jednoosobowa działalność gospodarcza

osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

inny rodzaj: …………………………

(zaznaczyć właściwe)

Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.

1. Czy Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej

Tak

Nie

(właściwe zaznaczyć)

1. Czy Wykonawca pochodzi z innego państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej

Tak

Nie

(właściwe zaznaczyć)

1. Składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp informuję, że wybór oferty:
2. **nie będzie prowadzić** do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,
3. **będzie prowadzić** do prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego następujących towarów/usług:

…………………………………………………………… - ………………………………………………………….. zł netto

*Nazwa towaru/usług wartość bez kwoty podatku VAT*

*\*Zgodnie z art. 225 ust. 2 ustawy Pzp, Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku*. Należy zaznaczyć właściwe. Brak zaznaczenia będzie oznaczał, że wybór oferty Wykonawcy, nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

1. **OŚWIADCZAM/OŚWIADCZAMY**, że na podstawie art. 18 ust. 3 ustawy Pzp wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane.

*(W przypadku utajnienia oferty Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt. 2 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji).*

Jednocześnie wraz z ofertą składam uzasadnienie, o którym mowa w Rozdziale XIV pkt 14.8) SWZ [[2]](#footnote-2):

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa dokumentu/nazwa pliku stanowiącego tajemnicę przedsiębiorstwa. Oznakowanie i sposób przesłania pliku/dokumentu stanowiącego tajemnicę przedsiębiorstwa. |
|
| 1 |  |

9. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- ………………………………………………………….

- ………………………………………………………….

………………………… dnia ……………………

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik Nr 2 do SWZ –**

**Wzór oświadczenia o niepodleganiu wykluczeniu**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

# Dane Wykonawcy/Wykonawców\*:

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych,**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,   
którego przedmiotem jest:

**„USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy   
oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że** uczestniczę w postępowaniu jako:

• Wykonawca samodzielnie ubiegający się o udzielenie zamówienia.\*

• Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi Wykonawcami.\*

• podmiot udostępniający zasoby.\*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA:**

* + 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 4) i pkt 7) 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 i art. 109 ust. 1 pkt 4, 7 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze (wymienić, opisać):

……………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA NA PODSTAWIE USTAWY Z DNIA 13 KWIETNIA 2022 R. O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO:**

* + 1. **Oświadczam, że nie jestem Wykonawcą**, który 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. 2022 poz. 835), zwanej dalej „ustawą”, to jest:

1. wykonawcą wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
2. wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. *o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu* (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
3. wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. *o rachunkowości* (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

Wykluczenie o którym mowa powyżej następuje na okres trwania ww. okoliczności.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

* + 1. Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj. : …………………………………………………………………….…………………………

…………………………………………………………………….……………………………………  
*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**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.

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

*Proszę wypełnić każdą część oświadczenia – poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi lub jej udzielenie - jeśli jakaś część oświadczenia nie dotyczy podmiotu składającego oświadczenie: proszę wpisać, że „nie dotyczy”*

*W części dotyczącej podmiotu składającego oświadczenie proszę odpowiednio dostosować w zależności od tego czy oświadczenie składa Wykonawca, Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, czy podmiot udostępniający zasoby.*

*\*niepotrzebne skreślić*

*Oświadczenie winna podpisać osoba (osoby) uprawniona do reprezentacji Wykonawcy,* *Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia, podmiotu udostępniającego zasoby - Wymogi odnoszące się do formy niniejszego oświadczenia, w szczególności wymogi co do jej podpisania i złożenia, zostały szczegółowo opisane w SWZ.*

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, niniejsze Oświadczenie powinno być złożone przez każdego z Wykonawców indywidualnie*

**Załącznik Nr 2A do SWZ –**

**Wzór oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

# Dane Wykonawcy/Wykonawców\*:

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych,**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,   
którego przedmiotem jest:

**„USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy   
oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że** uczestniczę w postępowaniu jako:

• Wykonawca samodzielnie ubiegający się o udzielenie zamówienia.\*

• Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi Wykonawcami.\*

• podmiot udostępniający zasoby.\*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ w Rozdziale XVII

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Rozdziale XVII Specyfikacji Warunków Zamówienia polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………………………………………..

w następującym zakresie:

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

**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.

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

*Proszę wypełnić każdą część oświadczenia – poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi lub jej udzielenie - jeśli jakaś część oświadczenia nie dotyczy podmiotu składającego oświadczenie: proszę wpisać, że „nie dotyczy”*

*W części dotyczącej podmiotu składającego oświadczenie proszę odpowiednio dostosować w zależności od tego czy oświadczenie składa Wykonawca, Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, czy podmiot udostępniający zasoby.*

*\*niepotrzebne skreślić*

*Oświadczenie winna podpisać osoba (osoby) uprawniona do reprezentacji Wykonawcy,* *Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia, podmiotu udostępniającego zasoby - Wymogi odnoszące się do formy niniejszego oświadczenia, w szczególności wymogi co do jej podpisania i złożenia, zostały szczegółowo opisane w SWZ.*

**Załącznik Nr 3 do SWZ**

**Wzór oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji**

Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU,**

**O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych pn. **„USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”.**

Ja/My, niżej podpisany/-ni:

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczam/-my, że:**

w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, wskazanych przez Zamawiającego w SWZ, moje/nasze Oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia złożone wraz z ofertą pozostaje nadal aktualne.

………………………………………

/miejscowość i data/

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik nr 4 do SWZ –**

**Wzór oświadczenia dot. grupy kapitałowej**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**

**Ja niżej podpisany** [imię nazwisko]:

…………………………………………………….

**reprezentując firmę** [o ile dotyczy]:

…………………………………………………….

**Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2022 roku, poz. 1710 t.j. ze zm.) niniejszym oświadczam, że wykonawca:**

\* **Nie należy** do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. *o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę lub ofertę częściową w postępowaniu

\***Należy** do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. *o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) z innym wykonawcą **(podać nazwy)** …………………………………………………………,

który złożył odrębną ofertę lub ofertę częściową w postępowaniu i jednocześnie przedkładam w załączeniu dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty lub oferty częściowej niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej ……………………………………., ………………………………….

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usługi odbioru, transportu oraz utylizacji odpadów medycznych w szacunkowej łącznej ilości około 95000 kg w okresie 24 miesięcy.
2. Zamawiający informuje, że wytwarza odpady medyczne o kodach:
   1. 18 01 02\* - części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03), co stanowi około 37% odpadów
   2. 18 01 03\* - inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane podkłady), (z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82), co stanowi około 63% odpadów
   3. 18 01 06\* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne Z, co stanowi <1% odpadów
   4. 18 01 09 – leki inne niż wymienione w 18 01 08, co stanowi <1% odpadów
      * + - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z 2 stycznia 2020 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2020 r., poz. 10).
3. Wymagania dot. realizacji zamówienia:
   1. Zamawiający wymaga aby świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu oraz utylizacji odpadów medycznych odbywało się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa na terenie Rzeczpospolitej Polskiej tj. między innymi z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.)

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Zamawiający wymaga aby między innymi:

* + - * uwzględniając **zasadę bliskości** zgodnie z treścią art. 20 ust. 3 ustawy o odpadach o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.) odpady medyczne o właściwościach zakaźnych były unieszkodliwiane na obszarze województwa, na którym zostały wytworzone tj. na terenie woj. kujawsko-pomorskiego.
* zgodnie z treścią art. 20 ust. 6 ustawy o odpadach o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.) dopuszcza się unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych na obszarze województwa innego niż to, na którym zostały wytworzone, w najbliżej położonej instalacji, w przypadku:

- braku instalacji do unieszkodliwiania tych odpadów na obszarze danego województwa

- lub gdy istniejące instalacje nie mają wolnych mocy przerobowych.

* zgodnie z treścią art. 95 ust. 2 ustawy o odpadach o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.) zakaźne odpady medyczne unieszkodliwia się przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych.
* Zgodnie z treścią art. 95 ust. 3 ustawy o odpadach o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.) zakazuje się spalania zakaźnych odpadów medycznych we współspalarniach.
  1. Wykonawca będzie prowadził ewidencję odpadów w postaci elektronicznej BDO.
  2. Transport odpadów będzie odbywał się bez przepakowywania bądź dodatkowego pakowania.
  3. Wykonawca ponosi wszystkie koszty związane z odbiorem, transportem, składowaniem i utylizacją odpadów medycznych.
  4. Wykonawca zobowiązany będzie do odbiorów odpadów będących przedmiotem zamówienia poza harmonogramem (dotyczy lokalizacji RCKiK w Bydgoszczy), które mogą wystąpić incydentalnie /1-5 razy w roku/
  5. Wykonawca zobowiązany jest do przyjęcia na siebie odpowiedzialności w zakresie postępowania z odebranymi odpadami z chwilą ich odbioru od Zamawiającego – art. 27 ust. 3 ustawy o odpadach (Dz. U. z 2023r., poz. 1587 t.j. ze zm.);

1. Sposób realizacji zamówienia:
2. Wykonawca będzie realizował odbiór, transport oraz gospodarkę odpadami (unieszkodliwianie lub odzysk) zgodnie z postanowieniami w/w ustawy o odpadach, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017 r., poz. 1975), jak również innymi niezbędnymi przepisami prawa.
3. Odbiór odpadów dokonywany będzie transportem Wykonawcy w tym również zgodnie z przepisami w/w ustawy o przewozie towarów niebezpiecznych za pomocą środków transportu, odpowiadających wymogom do przechowywania i transportowania odpadów niebezpiecznych, z zachowaniem przepisów o przewozie drogowym towarów niebezpiecznych.
4. Wykonawca oświadcza, że zobowiązuje się do przestrzegania przepisów BHP, p.poż. oraz wymogów sanitarnych przez pracowników dokonujących obrotu (w tym transportu) odpadami medycznymi (spełniającymi wszelkie wymogi określone w ww. przepisach) oraz do przestrzegania przepisów dotyczących mycia i dezynfekcji środków transportu. Środki transportu powinny spełniać wszystkie obowiązujące wymogi sanitarno-epidemiologiczne na każdym etapie realizacji usługi.
5. Zamawiający zastrzega, że Wykonawca ponosić będzie odpowiedzialność przed organami uprawnionymi do kontroli za prawidłowość odbioru, transportu i gospodarki odpadami (odzysk/unieszkodliwianie) i Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania ich zaleceń w tym zakresie na swój koszt.
6. Usługa odbioru, transportu i utylizacji odpadów obejmuje:
7. Odbiór i transport odpadów medycznych z w/w miejsc wytwarzania odpadów, w obecności przedstawiciela Zamawiającego w godzinach ustalonych z Zamawiającym. W przypadku, gdy termin odbioru odpadów przypada w dzień wolny od pracy (święto) Wykonawca zobowiązany jest odebrać odpady w dniu następnym (dotyczy RCKiK w Bydgoszczy).
8. Wyposażenie Zamawiającego w odpowiednie pojemniki na składowanie odpadów o pojemności min. 240 litrów w ilości około 12+2 sztuki. Szczegółowa ilość pojemników zostanie ustalona na etapie podpisania umowy z Wykonawcą.
9. Zapewnienie samochodów do transportu odpadów medycznych o wyszczególnionych w SWZ kodach, bez dodatkowych opłat, zgodnie z w/w ustawą o przewozie towarów niebezpiecznych.
10. Odbiór odpadów poprzez zabranie pojemników z odpadami z jednoczesnym wstawieniem takiej samej ilości pojemników pustych i zdezynfekowanych.
11. Utylizację odpadów medycznych w ilości około **3960 kg miesięcznie.**
12. Wykonawca zobowiązany będzie do odbiorów odpadów będących przedmiotem zamówienia poza harmonogramem (dotyczy lokalizacji RCKiK w Bydgoszczy), które mogą wystąpić incydentalnie /1-5 razy w roku/
13. Wykonawca zobowiązany jest do przyjęcia na siebie odpowiedzialności w zakresie postępowania z odebranymi odpadami z chwilą ich odbioru od Zamawiającego – art. 27 ust. 3 ustawy o odpadach;
14. **Miejsca i terminy odbioru odpadów medycznych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Miejsce wytwarzania odpadów** | **Szacunkowa ilość wytwarzanych odpadów w ciągu miesiąca** | **Szacunkowa ilość pojemników o poj. 240 l** | **Częstotliwość odbioru odpadów** | **Dni tygodnia** | **Sugerowane godz. odbioru** |
| 1 | RCKIK Bydgoszcz  ul. Ks. Markwarta 8  85-015 Bydgoszcz | około 3250 kg | 12 | 3x/tydz. | Poniedziałek  Środa  Piątek | 8:00-14:00 |
| 2 | Terenowy Oddział w Grudziądzu  ul. Szpitalna 5  86-302 Grudziądz | około 100 kg | 0\* | 4x/tydz. | Poniedziałek  Środa  Czwartek  Piątek | Pon.:17:00-18:00;  Śr: 13:00-14:00  Czw: 12:30-13:30  Pt.: 13:00-14:00 |
| 3 | Terenowy Oddział w Brodnicy  ul. Wiejska 12b  87-300 Brodnica | około 160 kg | 0\* | 4x/tydz. | Poniedziałek  Wtorek  Środa  Piątek | Pon.:15:45-16:45  Wt:10:30-11:30  Śr: 13:30-14:30  Pt: 12:00-13:30 |
| 4 | Terenowy Oddział w Toruniu  ul. Gagarina 212-216  87-100 Toruń | około 180 kg | 0\* | 5x/tydz. | Poniedziałek  Wtorek  Środa  Czwartek  Piątek | 12:30-14:00 |
| 5 | Terenowy Oddział we Włocławku  ul. Lunewil 15  87-800 Włocławek | około 150 kg | 0\* | 5x/tydz. | Poniedziałek  Wtorek Środa  Czwartek  Piątek | 12:00-14:00 |
| 6 | Terenowy Oddział w Inowrocławiu  ul. Miechowicka 3  88-100 Inowrocław | około 85 kg | 0\* | 4x/tydz. | Poniedziałek  Wtorek  Czwartek  Piątek | Pon.: 15:45-16:45  Wt: 11:00-12:00  Czw: 13:00-14:00  Pt: 12:00-13:30 |
| 6 | Miejsce poboru w Świeciu –  ul. Wojska Polskiego 173 Świecie (budynek byłego Starostwa Powiatowego) | około 15 kg | 0\* | 1x/tydz. | Poniedziałek | 12:00-13:00 |
| 8 | Miejsce Poboru w Chełmnie  Na terenie ZOZ  pl. Rydygiera 1, Chełmno | około 20 kg | 0\* | 1x/tydz. | Wtorek | 12:00-14:00 |

\*pojemniki nie są wymagane, ze względu na fakt, iż odpady odbierane są po zakończonym poborze, bezpośrednio do pojemnika transportowego

1. Za realizację zamówienia odpowiedzialny jest:

a/ ze strony Zamawiającego: mgr Mirosława Dobrowolna, Michał Stróżyński tel. 52/322-18-71 do 74;

b/ ze strony Wykonawcy:……………………………..tel.………………. mail:………..

Oświadczamy, iż w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w niniejszej SWZ oraz Umowie Jakościowej.

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik Nr 6 do SWZ -**

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

# Dane Podmiotu udostępniającego zasoby:

Nazwa i adres: ……………………................................................................................................................................................

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

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………………………..………………….........................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa reprezentacji)*

Regon: ………...…………………….. NIP: …………..…………………………… Adres poczty elektronicznej: ………………….……….…………….

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**DO ICH ODDANIA WYKONAWCY DO DYSPOZYCJI NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA – wypełnić jeżeli dotyczy**

składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych

(Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm. )

w postępowaniu prowadzonym w **trybie podstawowym - bez negocjacji**, o którym mowa w art. 275 pkt 1 ustawy Pzp, na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.  **„USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**

**Zobowiązuję się oddać do dyspozycji Wykonawcy na potrzeby realizacji zamówienia wymienione w niniejszym oświadczeniu zasoby.**

**W zakresie ZDOLNOŚCI TECHNICZNEJ LUB ZAWODOWEJ udostępnię Wykonawcy\* / Wykonawcom wspólnie ubiegającym się o udzielenie zamówienia\* następujące zasoby:**

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

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

**na potrzeby spełnienia przez Wykonawcę\* / Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* następujących warunków udziału w postępowaniu:**

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

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

**Z Wykonawcą\* / Wykonawcami wspólnie ubiegającymi się o udzielenie zamówienia\* łączyć nas będzie:**

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

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

**Gwarantujemy rzeczywisty dostęp Wykonawcy do powyższych zasobów oraz informujemy, że:**

**1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów udostępnionych przeze mnie, będzie następujący:**

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

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

**2) sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia, będzie następujący:**

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

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

**3) zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia , będzie następujący:**

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

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

**Uwaga!**

W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, **jeśli podmioty te** **wykonają roboty budowlane lub usługi**, do realizacji których te zdolności są wymagane. (art. 118 ust. 2 ustawy Pzp)

Podmiot, który zobowiązał się do udostępnienia zasobów, **odpowiada solidarnie z wykonawcą**, który polega na jego sytuacji finansowej lub ekonomicznej, **za szkodę** poniesioną przez zamawiającego **powstałą wskutek nieudostępnienia** tych zasobów, chyba że za nieudostępnienie zasobów podmiot ten nie ponosi winy. (art. 120 ustawy Pzp)

**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 przedstawieniu informacji.

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**- Oświadczenie Wykonawcy o zakresie wykonywania zamówienia   
przez wykonawców wspólne ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**OŚWIADCZENIE, ZŁOŻONE NA PODSTAWIE ART. 117 UST. 4 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DZ.U. Z 2022 R. POZ.1710 ZE ZM.), KTÓRE ROBOTY BUDOWLANE, DOSTAWY LUB USŁUGI WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA.**

Na potrzeby postępowania o zamówienie publiczne pn.: „**USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**, prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy oświadczam, że następujące roboty budowlane/ dostawy/ usługi\*, do których te zdolności są wymagane, wykonają poszczególni wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscem wykonywania działalności wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia** | **Zakres prac, które wykona wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia** |
|  |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

**Oświadczamy, 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 przedstawieniu informacji.

*\*niepotrzebne skreślić*

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

*Oświadczenie winna podpisać osoba (osoby) uprawniona do reprezentacji Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - Wymogi odnoszące się do formy niniejszego oświadczenia, w szczególności wymogi co do jego podpisania i złożenia, zostały szczegółowo opisane w SWZ.*

**Informacje na temat złożenia niniejszego oświadczenia:**

1. Oświadczenie należy złożyć jedynie w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.
2. Oświadczenie należy złożyć wraz z ofertą.
3. Oświadczenie może być sporządzone w oparciu o inny wzór, niż określony niniejszym formularzem (przy zachowaniu jednak kategorii informacji, o których mowa w art. 117 ust. 4 ustawy PZP).
4. Oświadczenie należy przekazać w postępowaniu o wartości mniejszej niż progi unijne – w postaci elektronicznej i opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, a w przypadku gdy zostało sporządzone jako dokument w postaci papierowej i opatrzone własnoręcznym podpisem – należy przekazać cyfrowe odwzorowanie opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, poświadczającym zgodność cyfrowego odwzorowania z dokumentem w postaci papierowej

**Załącznik nr 8 do SWZ –**

**Wykaz usług**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

# Dane Wykonawcy\*/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* / Podmiotu udostępniającego zasoby\*:

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………

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

**Dotyczy postępowania pn.: „USŁUGA ODBIORU, TRANSPORTU ORAZ UTYLIZACJI ODPADÓW MEDYCZNYCH”**

**wykaz usług NA POTWIERDZENIE SPEŁNIAnia warunku ZDOLNOŚCI TECHNICZNEJ**

Niniejszym składam wykaz na potwierdzenie spełniania warunku zdolności technicznej.

Warunek zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, zrealizował nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy, co najmniej 1 usługę stanowiącą przedmiot zamówienia o wartości stanowiącej co najmniej 50% zaoferowanej ceny w ofercie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | PRZEDMIOT | PODMIOT NA RZECZ KTÓREGO USŁUGI ZOSTAŁY WYKONANE | DATY WYKONANIA | WARTOŚĆ | UWAGI |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Integralną częścią wykazu są dowody określające czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.

**\**Niepotrzebne skreślić***

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawca nie wypełnia tabeli w przypadku gdy nie wskazuje informacji stanowiących tajemnice przedsiębiorstwa. [↑](#footnote-ref-2)