**Załącznik nr 2A do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „***Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu oraz ich małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”* o nr RDZP-2003-07/24/ZP,** oświadczam, że:

**spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Części VI SWZ**

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:*\*)* …………………………………………………………………….……………….…………….

w następującym zakresie: *\*)* ……………………………………………………………………………………………..…………………

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam również, 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.

………………………………

*(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\*Niniejsze oświadczenie stanowi wstępne potwierdzenie, że wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu i składane jest wraz z ofertą***

**Załącznik nr 2B do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn***. „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu oraz ich małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”* o nr RDZP-2003-07/24/ZP**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu z postępowania jako wykonawca, w stosunku do którego zachodzi którakolwiek z okoliczności wskazanych:

1) w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;

2) w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp,

3) 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

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 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp lub w 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 ).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy**)

**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.

……………………………………………….

*(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\*Niniejsze oświadczenie stanowi wstępne potwierdzenie, że wykonawca nie podlega wykluczeniu i składane jest wraz z ofertą***

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Załącznik nr ……… do umowy**

…………………………….

pieczątka wykonawcy

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i adres wykonawcy (miejscowość i data)

................................................

................................................

................................................

Nr telefonu .............................

e-mail…...................................

NIP ..............................................

REGON: ⎪

Nr konta………………………………………………………....

Akademia Wychowania Fizycznego

im. E. Piaseckiego

ul. Królowej Jadwigi 27/39

* 1. Poznań

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na ***„Usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu oraz ich małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”*** o nr RDZP-2003-07/24/ZP, przeprowadzanym w trybie podstawowym – art. 275 pkt 1), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, na następujących warunkach:

1. **Oferta:**
   1. **Wariant I**
      1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia (dotyczy klauzul 4 i 5)** |
| 1. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o dodatkowe jednostki chorobowe |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o zdiagnozowanie nowotworu w stadium przedinwazyjnym (in situ) – świadczenie w wysokości 30% świadczenia z tytułu poważnego zachorowania |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 100% |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z tytułu pobytu na OIOM/OIT |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa braku ograniczenia wieku dziecka Ubezpieczonego w ubezpieczeniu od śmierci dziecka Ubezpieczonego |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 50 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 100 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru | 60 000 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 125 000 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 125 000 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 150 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru za 1% uszczerbku | 400 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku | 550 |  |
| 9 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego | 8 000 |  |
| 10 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 16 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka Ubezpieczonego | 3 000 |  |
| 12 | Śmierć rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka/ partnera życiowego Ubezpieczonego | 2 100 |  |
| 13 | Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu | 3 000 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 3 000 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu | 1 500 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 500 |  |
| 17 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 15 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 200 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 50 |  |
| 20 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem | 100 |  |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 150 |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego | 200 |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy | 200 |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 250 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 15-stego dnia pobytu** | | |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą (w tym zawałem serca lub udarem) | 50 |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 50 |  |
| 27 | Świadczenie lekowe | 200 |  |
| 28 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 25 |  |
| 29 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT | 500 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

* 1. **Wariant II**
     1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia (dotyczy klauzul 4 i 5)** |
| 1. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o dodatkowe jednostki chorobowe |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o zdiagnozowanie nowotworu w stadium przedinwazyjnym (in situ) – świadczenie w wysokości 30% świadczenia z tytułu poważnego zachorowania |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 100% |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z tytułu pobytu na OIOM/OIT |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa braku ograniczenia wieku dziecka Ubezpieczonego w ubezpieczeniu od śmierci dziecka Ubezpieczonego |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 70 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 140 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru | 87 500 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 175 000 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 175 000 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 210 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru za 1% uszczerbku | 550 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku | 700 |  |
| 9 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego | 11 000 |  |
| 10 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 22 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka Ubezpieczonego | 3 500 |  |
| 12 | Śmierć rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka/ partnera życiowego Ubezpieczonego | 2 400 |  |
| 13 | Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu | 3 600 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 4 000 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu | 1 800 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000 |  |
| 17 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 25 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 250 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 60 |  |
| 20 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem | 120 |  |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 180 |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego | 240 |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy | 240 |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 300 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 15-stego dnia pobytu** | | |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą (w tym zawałem i udarem) | 60 |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 60 |  |
| 27 | Świadczenie lekowe | 200 |  |
| 28 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 30 |  |
| 29 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT | 600 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

* 1. **Wariant III**
     1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia (dotyczy klauzul 4 i 5)** |
| 1. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o dodatkowe jednostki chorobowe |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego o zdiagnozowanie nowotworu w stadium przedinwazyjnym (in situ) – świadczenie w wysokości 30% świadczenia z tytułu poważnego zachorowania |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 100% |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z tytułu pobytu na OIOM/OIT |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa braku ograniczenia wieku dziecka Ubezpieczonego w ubezpieczeniu od śmierci dziecka Ubezpieczonego |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 85 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 170 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru | 106 250 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 212 500 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 212 500 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 255 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru za 1% uszczerbku | 700 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku | 850 |  |
| 9 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego | 13 000 |  |
| 10 | Śmierć małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 26 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka Ubezpieczonego | 4 000 |  |
| 12 | Śmierć rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka/ partnera życiowego Ubezpieczonego | 2 700 |  |
| 13 | Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu | 4 200 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 5 000 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu | 2 100 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 7 500 |  |
| 17 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 35 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 300 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 70 |  |
| 20 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem | 140 |  |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 210 |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego | 280 |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy | 280 |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 350 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 15-stego dnia pobytu** | | |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą (w tym zawałem i udarem) | 70 |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 70 |  |
| 27 | Świadczenie lekowe | 200 |  |
| 28 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 35 |  |
| 29 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT | 700 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
2. Zobowiązuje/my się do wykonania zamówienia w terminie określonym w SWZ.
3. Oświadczam/y, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. Oświadczam/y, że jesteśmy związani niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ.
5. Oświadczam/y, że dołączony do Specyfikacji Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach w niej określonych.
6. Oświadczam/y, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[1]](#footnote-1)
7. Wyrażam/y zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych w SWZ.
8. **Tajemnica przedsiębiorstwa\*\***

Oświadczam/y, że za wyjątkiem następujących informacji i dokumentów …………………………….. wydzielonych oraz zawartych w pliku o nazwie ………………………………………, niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Powyższe informacje i dokumenty zostały zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa z uwagi na

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

*(należy wykazać, że zastrzeżone informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa)*

1. Oświadczam/y, że jestem/śmy:

**mikroprzedsiębiorstwem\***

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

**małym przedsiębiorstwem\***

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**średnim przedsiębiorstwem\***

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

**jednoosobowa działalność gospodarcza\***

**osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarcze\***

**inny rodzaj\***

*\*niepotrzebne przekreślić*  
*Powyższa informacja ma wyłącznie charakter informacyjny i służy dla celów statystycznych.*

1. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

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

*(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**1** *jeżeli wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 ustawy Pzp.*

1. Wyrażam/y zgodę na pobranie z ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych dokumentów, wymaganych zgodnie z §13 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy,tym samym **wskazuję/my iż niniejsze dokumenty można pobrać pod adresem……………………………………………………………….**
2. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. ………………………………………………..

2. ………………………………………………..

3…………………………………………………

. ......................................................................

*podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\* - niepotrzebne skreślić***

***\*\* - wypełnić jeśli dotyczy***

**Załącznik 5 SWZ**

......................................... .........................................

(Nazwa i adres wykonawcy) (Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

***„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”,* o nr RDZP-2003-07/24/ZP**

**Oświadczam/y, że:**

**Nie należymy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2023r. poz. 1689 z późn. zm.) wraz z wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.**\*\***

**Należymy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2023r. poz. 1689 z późn. zm.) W załączeniu składamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej wraz z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.**\*\***

Lista podmiotów należących do grupy kapitałowej:

1. ………………………………………………………

2. ………………………………………………………

3. ………………………………………………………

……………………………………………….

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty

osoby reprezentującej wykonawcę)

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, ze powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.*

\*W przypadku podmiotów występujących wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) oświadczenie powinien złożyć **każdy podmiot (uczestnik konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej)**

\*\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 6 do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA   
W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP W ZAKRESIE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA   
Z POSTĘPOWANIA\***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych*** **i pełnoletnich dzieci”** **o nr RDZP-2003-07/24/ZP**, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego **są aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.**

……………………………………………….

*(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PODZIALE OBOWIĄZKÓW W TRAKCIE REALIZACJI ZAMÓWIENIA (DOTYCZY PODMIOTÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA)**

**Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 117 ust. 4 ustawy Pzp, jako Wykonawcy składający ofertę wspólną (konsorcjum/spółka cywilna)** na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego w trybie podstawowym bez negocjacji na **„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu oraz ich małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci” o** **nr RDZP-2003-07/24/ZP**

**JA/MY**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

**w imieniu Wykonawcy:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(wpisać nazwy (firmy) Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

**OŚWIADCZAM/-MY**, że przy realizacji zamówienia poszczególni wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wykonają następujące prace:

Wykonawca (nazwa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ opis czynności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wykonawca (nazwa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ opis czynności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………………………

*(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty osoby reprezentującej wykon*

1. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)