|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **S A M O D Z I E L N Y P U B L I C Z N Y Z A K Ł A D O P I E K I Z D R O W O T N E J**  **W M Y Ś L E N I C A C H**  32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.** 27-21-855  **NIP:** 681-169-06-68**, REGON:** 000300570  Dział zamówień publicznych i umów  e-mail: dzp@szpitalmyslenice.pl |  |  |

Nr referencyjny nadany sprawie przez Organizatora Przetargu: 2/TP/23



**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**

**ul. Szpitalna 2**

**32-400 Myślenice**

**Wykonawca:**

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

reprezentowany przez:

……………………………………

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

OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU Z POSTĘPOWANIA **O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU

Oświadczam, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu na podstawie:

- art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy PZP;

- 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 oraz nie podlega wykluczeniu z postępowania, ze względu na sankcje wynikające z innych przepisów, wskazanych w niniejszej ustawie, w tym przepisów europejskich,

**(JEŻELI DOTYCZY** **NALEŻY WSKAZAĆ KONKRETNY PUNKT USTAWY PZP)**

Informacja na temat podwykonawców niebędących podmiotami udostępniającymi zasoby (JEŻELI DOTYCZY)

Informuję, że podwykonawca niebędący podmiotem udostępniającym zasoby nie podlega wykluczeniu na podstawie:

- art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy PZP;

- 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 oraz nie podlega wykluczeniu z postępowania, ze względu na sankcje wynikające z innych przepisów, wskazanych w niniejszej ustawie, w tym przepisów europejskich,

**(JEŻELI DOTYCZY NALEŻY WSKAZAĆ KONKRETNY PUNKT USTAWY)**

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.

Informacja na temat podmiotów, na których zasoby Wykonawca się powołuje

(JEŻELI DOTYCZY)

Oświadczenie o spełnianiu warunków

Oświadczam, że w zakresie w jakim udostępniam zasoby, spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w pkt ....... SWZ.

**(NALEŻY WSKAZAĆ KONKRETNY PUNKT SWZ)**

Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu

Informuję, że jako podmiot udostępniający zasoby nie podlegam wykluczeniu na podstawie:

- art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy PZP;

- 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 oraz nie podlega wykluczeniu z postępowania, ze względu na sankcje wynikające z innych przepisów, wskazanych w niniejszej ustawie, w tym przepisów europejskich,

**(JEŻELI DOTYCZY NALEŻY WSKAZAĆ KONKRETNY PUNKT USTAWY PZP)**

Pouczenie o odpowiedzialności karnej Art. 297 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.):

„Kto w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  SWZ na   Kompleksowe ubezpieczenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Myślenicach *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)* w  następującym zakresie: ………………………………………………………………………..

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

**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.

……………………………………….

*Miejscowość i Data;*

***Dokument musi zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***