***Załącznik nr 7 do SWZ***

***Nr sprawy Szp/FZ – 85/2021***

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

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

*OŚWIADCZENIE*

***o posiadaniu własnego Centrum Dowodzenia i Stacji Monitorowania Alarmów***

*(Wypełnia Wykonawca –*

*~~w przypadku oferty wspólnej oświadczenie musi zostać złożone przez każdego z Partnerów z osobna~~)*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

Oświadczam/-y, że posiadam/-y :

1. własne Centrum Dowodzenia, funkcjonujące w trybie całodobowym, obsadzone przez kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej, wyposażonego m.in. w środki łączności gwarantujące kontakt ze Starszym Zmiany i upoważnionym pracownikiem Zamawiającego.
2. własną Stację Monitorowania Alarmów zapewniającą możliwość natychmiastowego odbioru sygnałów generowanych przez systemy napadowe oraz systemy sygnalizacji włamania i napadu.

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

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*

***~~Załącznik nr 8 do SWZ~~***

***~~Nr sprawy Szp/FZ – 85/2021~~***

~~........................................................~~

~~nazwa (firma) i adres Wykonawcy~~

~~OŚWIADCZENIE~~

***~~o upoważnieniu do udzielania ulg we wpłatach do PFRON na podstawie posiadania statusu Zakładu Pracy Chronionej~~***

*~~zgodnie z art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)~~*

***~~lub spełniania warunków określonych~~***

*~~w art. 22. ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)~~*

*~~(Wypełnia Wykonawca – w przypadku oferty wspólnej oświadczenie musi zostać złożone przez każdego z Partnerów z osobna)~~*

~~Pełna nazwa i adres Wykonawcy:~~

~~………………………………………………………………………………………………………..~~

~~………………………………………………………………………………………………………..~~

1. ~~Oświadczam/-y,~~

~~że jesteśmy~~ **~~\*~~**~~; nie jesteśmy~~**~~\* upoważnieni do udzielania ulg we wpłatach do PFRON na podstawie posiadania statusu Zakładu Pracy Chronionej~~** ~~zgodnie z~~ *~~art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)~~*

***~~lub spełniamy warunki określone~~*** *~~w art. 22. ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.)~~*

**~~\*~~** ~~niepotrzebne skreślić~~

~~2. Miesięczna kwota obniżenia wpłaty na PFRON~~**~~\*\*~~** ~~wynosi …………… zł ……………………… (słownie) z tytułu wykonywania usługi - „~~**~~usługa ochrony fizycznej osób i mienia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu’~~**

***~~Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.~~***

~~…………………….…., dnia …………~~

*~~…………………………………~~*

*~~(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)~~*

***Załącznik nr ~~9~~ 8 do SWZ***

***Nr sprawy Szp/FZ – 85/2021***

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

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

***O posiadaniu własnej Grupy Interwencyjnej oraz o osobach posiadających status kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej***

*(Wypełnia Wykonawca –*

*w przypadku oferty wspólnej oświadczenie musi zostać złożone przez każdego z Partnerów z osobna)*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

Oświadczam/-y, że posiadamy :

1. **Co najmniej jedną, własną Grupę Interwencyjną na terenie miasta Wrocławia, gwarantującą podjęcie działań w przypadku zagrożenia w czasie nie dłuższym niż 15 minut w dzień ( w godzinach 6.00-22.00) i 10 minut w nocy ( w godzinach 22.00-6.00). Grupa Interwencyjna składa się z co najmniej dwóch kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej, wyposażonych w środki przymusu bezpośredniego.**
2. Co najmniej jedną, własną Grupę Interwencyjną na terenie miasta Wrocławia\*, będę/będziemy korzystać z podwykonawstwa w zakresie Grupy Interwencyjnej z firmą, która posiada taką Grupę na terenie miasta Wrocławia\*,

gwarantującą podjęcie działań w przypadku zagrożenia w czasie nie dłuższym niż  **…….. minut .** Grupa Interwencyjna składa się z co najmniej dwóch **kwalifikowanych** pracowników ochrony fizycznej, wyposażonych w środki przymusu bezpośredniego.

1. Niniejszym, oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, tj: posiadają **kwalifikację pracownika ochrony fizycznej** zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22.08.1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1995)

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

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*

***~~Załącznik nr 10 do SWZ~~***

***~~Nr sprawy Szp/FZ – 85/2021~~***

~~........................................................~~

~~nazwa (firma) i adres Wykonawcy~~

~~OŚWIADCZENIE~~

**~~o posiadaniu statusu Zakładu Pracy Chronionej~~**

~~zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm. )~~

*~~(Wypełnia Wykonawca- w przypadku oferty wspólnej oświadczenie musi zostać złożone przez każdego z Partnerów z osobna)~~*

~~Pełna nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………..~~

1. ~~Oświadczam/y, że posiadam (-my) \*; nie posiadam (-my) Status Zakładu Pracy Chronionej (\*~~*~~niepotrzebne skreślić~~*~~)~~
2. ~~Miesięczna kwota obniżenia wpłaty na PEFRON\*\* wynosi ………………………. zł ……………………………….(słownie)~~

~~Z tytułu wykonywania usług całodobowej ochrony fizycznej osób i mienia w obiektach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego 73a oraz Oddziału Zamiejscowego przy ul. Poświęckiej 8 (dz. Nr 27/4,AM-7, obr. Poświętne) ( Szp/FZ-85/2021 )~~

*~~\*\* Wypełniają tylko Wykonawcy, którzy w punkcie 1 zaznaczyli posiadanie statusu Zakładu Pracy Chronionej~~*

***~~Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.~~***

~~…………………….…., dnia …………~~

*~~…………………………………~~*

*~~(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)~~*