Załącznik nr 2 do SWZ

*DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ*

*podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**, prowadzonego przez Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  **Rozdz. IX SWZ.**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Załącznik nr 3 do SWZ

*DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ*

*podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

**o niepodleganiu wykluczeniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**, prowadzonego przez Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicyoświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 108 ust. 1 i art. 109 ust. 1 pkt 4 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 i 5 oraz art. 109. ust. 1 pkt 4).* 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 PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Załącznik nr 4 do SWZ

*DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ*

*podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawcy wspólnie**

**ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE USŁUG, KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**, prowadzonego przez Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam co następuje:

* Wykonawca …………………………………………………… *(nazwa i adres Wykonawcy)* zrealizuje następujące usługi:

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

* Wykonawca …………………………………………………… *(nazwa i adres Wykonawcy)* zrealizuje następujące usługi:

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

* Wykonawca …………………………………………………… *(nazwa i adres Wykonawcy)* zrealizuje następujące usługi:

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