**Załącznik nr 5 do SWZ 19/ZP/2022**

Wykonawca:

|  |
| --- |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa, przebudowa i dostosowanie pomieszczeń dla potrzeb budynku Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, nr postępowania 19/ZP/2022,** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, oświadczam co następuje:

**WYKAZ ROBÓT**

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z **Rozdziałem X ust. 4 pkt 2** **SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot dostawy | Wartość  dostawy | Data wykonania  [od – do] | Podmiot,  na rzecz którego robota budowlana  została wykonana [nazwa i adres] |
| 1. |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody, określające czy te roboty budowlane zostały wykonane należycie.** Przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty;

Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie - wykonał należycie **co najmniej jedną robotę budowlaną (budowa lub rozbudowa budynku użyteczności publicznej) o wartości minimum 1 000 000,00 zł brutto każda robota budowlana** wraz z podaniem ich wartości, daty i miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których roboty te zostały wykonane.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

**Załącznik nr 6 do SWZ 19/ZP/2022**

Wykonawca:

|  |
| --- |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa, przebudowa i dostosowanie pomieszczeń dla potrzeb budynku Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, nr postępowania 19/ZP/2022,** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, oświadczam co następuje:

**WYKAZ OSÓB**

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z **Rozdziałem X ust. 4 pkt 3 SWZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe (nr uprawnień i ich rodzaj) | Podstawa zatrudnienia |
| Kierownik budowy |  |  |  |
| Kierownik robót sanitarnych |  |  |  |
| Kierownik robót elektrycznych |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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