Załącznik nr 3a do SWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

|  |
| --- |
| **Oświadczenia Wykonawcy**  **składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące spełnienia warunków udziału w postępowaniu** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilniepn.

***„Usługa sterylizacji narzędzi chirurgicznych i sprzętu medycznego wraz   
z transportem dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej   
w Mogilnie”***

**Oświadczam/my**\*, że **spełniam/my\*** warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale VII SWZ, dotyczące:

1. zdolności technicznej lub zawodowej zapewniające wykonanie zamówienia tj.:

Wykonawca wykaże, że w ciągu ostatnich 3 lat a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonuje, przynajmniej 2 (dwie) usługi tożsame z przedmiotem zamówienia, przez okres co najmniej 6 miesięcy, wynikające z oddzielnych umów o wartości nie mniejszej niż 150 000,00 zł brutto każda. Zamawiający nie dopuszcza możliwości sumowania okresów wykonywania usług realizowanych w ramach kilku (wielu umów), w celu uzyskania okresów wymaganych dla wykazania spełniania niniejszego warunku udziału w postępowaniu. W przypadku usług będących w trakcie wykonywania, które nie zostały jeszcze ukończone, Zamawiający wymaga, aby do dnia składania ofert wykonawca faktycznie zrealizował już usługi przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zamawiający zastrzega, że w sytuacji składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia oraz analogicznie w sytuacji, gdy Wykonawca będzie polegał na zasobach innego podmiotu, na zasadach określonych w art. 118 Ustawy, warunek o którym wyżej mowa w pkt. 2.4., musi zostać spełniony w całości przez Wykonawcę (jednego z Wykonawców wspólnie składającego ofertę) lub podmiot, na którego zdolności w tym zakresie powołuje się Wykonawca – brak możliwości tzw. sumowania zasobów w zakresie doświadczenia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam\*, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale ..... ……………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .............................................................................................

w następującym zakresie: …………………………………..…………………...........................……….…… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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 przedstawieniu informacji.

…………….……. (miejscowość), dnia …………………. r.

\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

\*\* w przypadku polegania na zdolności technicznej lub zawodowej innych podmiotów należy przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.