Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 1 do SWZ*

Zamawiający:

Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny   
im. prof. Bogusława Frańczuka

Al. Modrzewiowa 22, Kraków

FORMULARZ OFERTY

**Wykonawca:**

……………………………………..……

……………………………………..……

*(****pełna nazwa/firma, adres****), (jeśli dotyczy-wskazać Wykonawców ubiegający się wspólnie o zamówienie)*

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

*(****województwo****)*

**reprezentowany przez:**

…………………………………………...…..

*(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)*

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

*(telefon kontaktowy)*

**A.**

**Adres skrzynki ePUAP Wykonawcy: …………………………………….**

**Nr KRS (jeżeli dotyczy): …………………………………….…..**

**Nr NIP: …………………………………….…..**

**Adres email: …………………………………………**

**B.**

W związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka”**, składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. **Kwota ryczałtowa za 1 miesiąc świadczenia usługi wynosi: ……………………… PLN**
2. **Wynagrodzenie za realizację całego przedmiotu zamówienia (12 x cena ryczałtowa za jeden miesiąc) wynosi ……………………… PLN**

**w tym stawka podatku VAT: ……. %**

**C.**

**Dodatkowe doświadczenie zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia, odpowiedzialnych za świadczenie usług na terenie placówki (obsługa stacjonarna, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia)**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko**  (dwie osoby) | **Dodatkowe doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia, odpowiedzialnych za świadczenie usług na terenie placówki (obsługa stacjonarna, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia)** | | |
| **System / oprogramowanie** | **Liczba miesięcy doświadczenia, ponad okres wymagany w warunku udziału w postępowaniu** | **Nazwa podmiotu i adres**  **miejsce zdobytego doświadczenia przez wskazaną osobę**  **(Zamawiający/zlecający itp.)**  **(w razie potrzeby można wskazać więcej niż jeden podmiot**  **na rzecz którego świadczone były usługi przez wskazaną osobę)** |
| **1** | **………………………**  *(imię i nazwisko)* | **Optimed** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Pergamon** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Infomedica** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Medicad** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **UEOS (e-PLOZ)** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Płatnik** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System Centralnego Monitorowania BENEVISION CMS** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System raportowania As-Pro (Mitel)** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Veeam** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **………………………**  *(imię i nazwisko)* | **Optimed** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Pergamon** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Infomedica** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Medicad** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **UEOS (e-PLOZ)** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **6 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Płatnik** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System Centralnego Monitorowania BENEVISION CMS** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **System raportowania As-Pro (Mitel)** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |
| **Veeam** | **…………… miesięcy**  (liczba miesięcy **ponad** wymagany w warunku udziału w postępowaniu, okres **12 miesięcy**) | **………………………….**  (nazwa)  **……………………..**  (adres) |

**Uwagi!**

a) Dla każdej ze wskazanych osób Zamawiający przyzna maksymalnie 20 pkt w niniejszym kryterium oceny ofert.

b) Doświadczenie dodatkowe dotyczy okresu ponad doświadczenie wymagane w warunku udziału w postępowaniu (pkt 5.1.2. Specyfikacji).

c) Brak wypełnienia tabeli będzie oznaczać, iż osoby posiadają doświadczenie wymagane na spełnienie warunku udziału w postępowaniu, a oferta w tym kryterium oceny ofert otrzyma 0 pkt.

d) Wykonawca w tabeli Formularza oferty (sekcja C) może wskazać maksymalnie 2 osoby. W przypadku wskazania większej liczby osób - Zamawiający przy przyznawaniu punktów w kryterium oceny ofert zbada i weźmie pod uwagę wyłącznie pierwsze 2 osoby wpisane w tabeli. Pozostałe nie będą badane przez Zamawiającego.

e) Zamawiający wymaga wskazania tych samych osób zarówno w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert dotyczącym doświadczenia, jak i wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 5.1.2. Specyfikacji.

**D.**

1. **Oświadczam, że podmiot który reprezentuje jest:**

* mikro przedsiębiorcą \*
* małym przedsiębiorcą \*
* średnim przedsiębiorcą \*
* nie jestem mikro, małym lub średnim przedsiębiorcą

**\* należy zaznaczyć/podkreślić właściwe**

[**Mikro przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

- zgodnie z Zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikro przedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych].

1. **Oświadczam, że podmiot który reprezentuje jest:**

* osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczej\*
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej\*
* inny \*, należy podać jaki (np. Spółka): …………….….

**\* Należy zaznaczyć/podkreślić właściwe**

**E.**

**Wnioskuję, aby Zamawiający, stosownie do uprawnienia przywołanego w pkt 7.3. SWZ samodzielnie pobrał informacje zawarte w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych, tj. odpowiednio informacje z Krajowego Rejestru Sądowego i/lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej \***

\* przekreślić, jeśli Wykonawca nie wyraża za zgody (i załączyć stosowny dokument do oferty)

**F.**

1. Części zamówienia, jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz ich nazwa (**wypełnić tylko jeżeli dotyczy**): ...................................................................................................................................
2. Warunki płatności: zgodnie z treścią wzoru umowy stanowiącego załącznik do Specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że istotne postanowienia zawarte we wzorze umowy oraz pozostałe dokumenty został przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych we wzorze umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych, przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

Uwaga: w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia może nastąpić np. przez jego wykreślenie).

1. **Osobą/ami upoważnioną/ymi do podpisania umowy w przedmiotowym postępowaniu jest/są:**……………………………………………………………………………………………..…………
2. Adres do korespondencji (**wypełnić tylko jeśli** jest inny niż na stronie nr 1 Formularza Oferty):

………………………………….……………………………………..….. (adres, telefon, e-mail)

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 2 cz. 1 do SWZ (wzór)*

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka”,** prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Uwaga:**

**Należy wybrać jedną z poniższych opcji poprzez podkreślenie /wypełnienie lub skreślenie niewłaściwej**

**a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

***lub***

b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach określonych w …… (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5), ponieważ spełniłem łącznie wszystkie przesłanki z art. 110 ust 2 ustawy Pzp.

Na powyższe przedstawiam następujące dowody dla wykazania mojej rzetelności:

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

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

**c) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie 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.**

**2. OŚWIADCZENIE O RELACJI WYKONAWCY DO INNYCH PODMIOTÓW POTENCJALNIE UDOSTĘPNIAJĄCYCH SWOJE ZASOBY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

**Uwaga:**

**Należy wypełnić w zależności do sytuacji podmiotowej.**

**Nie wypełnienie niniejszego pkt oznacza, że Wykonawca nie korzysta z zasobów innych podmiotów.**

Oświadczam, że powołuję się w niniejszym postępowaniu, na zasoby następującego podmiotu:

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

*podać pełną nazwę/firmę (imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej), adres, a także: NIP/REGON (jeżeli posiada)*

Oświadczenie/-enia ww. podmiotu/-ów składam wraz z niniejszym oświadczeniem (załącznik nr 2 cz. 2).

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

**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.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 2 cz. 2 do SWZ (wzór)*

**Uwaga:**

**Część oświadczenia wypełniana jest przez podmiot udostępniający zasoby, wyłącznie w przypadku korzystania przez Wykonawcę z zasobów takiego pomiotu na potrzeby realizacji zamówienia publicznego**

**Podmiot udostępniający zasoby:**

Zarejestrowana nazwa (firma), a w przypadku osób fizycznych imię i nazwisko:

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

Zarejestrowany adres (siedziba), a w przypadku osób fizycznych adres zamieszkania:

ul.……………………………………………………………………………….............................................................

kod \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość ………………..……….......................................................................................

NIP (nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej): ……………………….……..……...........................................................................................................................

OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO SWOJE ZASOBY WYKONAWCY

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka”**, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam, co następuje:

**Uwaga:**

**Należy wybrać jedną z poniższych opcji poprzez podkreślenie /wypełnienie lub skreślenie niewłaściwej**

**Nie wybranie żadnej z opcji oznacza złożenie oświadczenia zgodnie z lit. a) poniżej**

**a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.**

lub

b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach określonych w …… (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5), ponieważ spełniłem łącznie wszystkie przesłanki z art. 110 ust 2 ustawy Pzp.

Na powyższe przedstawiam następujące dowody dla wykazania mojej rzetelności:

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

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

**c) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie 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.**

**Wnioskuję ponadto, aby Zamawiający samodzielnie pobrał informacje zawarte w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych, tj. odpowiednio informacje z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) i/lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022**  *Załącznik nr 3 cz. 1 do SWZ (wzór)*

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka**”, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam, co następuje:

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji warunków zamówienia.**

1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

**Uwaga:**

**Wypełnić w zależności od sytuacji podmiotowej (jeżeli dotyczy)**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia*,* polegam na zasobach następującego/-ych podmiotu/-ów: ………………………………………………………………………………………………………………………………

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

*podać pełną nazwę/firmę (imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej), adres, a także: NIP/REGON (jeżeli posiada)*

w następującym zakresie: …………….……………………..…………….……………………………………………………………………………

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

*określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu*

Oświadczenie/-nia ww. podmiotu/-ów składam wraz z niniejszym oświadczeniem własnym (załącznik nr 3 cz. 2).

1. **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.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 3 cz. 2 do SWZ (wzór)*

**Uwaga:**

**Część wypełniana przez podmiot udostępniający zasoby,**

**wyłącznie w przypadku korzystania przez Wykonawcę z zasobów takiego pomiotu na potrzeby realizacji zamówienia publicznego**

**Podmiot udostępniający zasoby:**

Zarejestrowana nazwa (firma), a w przypadku osób fizycznych imię i nazwisko:

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

Zarejestrowany adres (siedziba), a w przypadku osób fizycznych adres zamieszkania:

ul.……………………………………………………………………………….............................................................

kod \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość ………………..……….........................................................................................................................................

NIP/Regon (nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej): ……………………….……..……...........................................................................................................................

OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO SWOJE ZASOBY WYKONAWCY

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka”,** prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* oświadczam co następuje:

Oświadczam, że spełniam następujące warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt ………………………………………………………………. Specyfikacji warunków zamówienia, w następującym zakresie:

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

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

Oświadczam także, iż w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, przez Wykonawcę, **dołączam do niniejszego oświadczenia zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby,** lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, o których w art. 118 ust. 3 i ust. 4 ustawy Pzp*.*

**Wnioskuję ponadto, aby Zamawiający, stosownie do uprawnienia samodzielnie pobrał informacje zawarte w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych, tj. odpowiednio informacje z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) i/lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).**

**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.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 5 do SWZ (wzór)*

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp**

**w zakresie podstaw do wykluczenia z postępowania**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka**”, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie*,* potwierdzam aktualność informacji zawartych w oświadczeniu, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego tj.:

**1) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.**

**2) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie 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.**

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM

Numer sprawy: **A.I.271.1.10.2022** *Załącznik nr 6 do SWZ (wzór)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY WSPÓLNIE

UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

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

Dotyczy postępowania pn. **„Świadczenie usług informatycznych oraz serwisowania i naprawy sprzętu komputerowego w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym im. Prof. Bogusława Frańczuka**”, prowadzonego przez Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie

**Wykonawca** ……………………………………………….. (nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące usługi w trakcie realizacji przedmiotowego zamówienia publicznego:

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

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

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

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

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

*(wskazań zakres)*

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:

- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB

- PODPISEM ZAUFANYM LUB

- PODPISEM OSOBISTYM