

Zamawiający:

**Zespół Opieki Zdrowotnej
34-200 Sucha Beskidzka
ul. Szpitalna 22**

Wykonawca:

Urtica Sp. z o.o.

Ul. Krzemieniecka 120,

54-613 Wrocław

NIP: 894-25-56-799

KRS: 0000113253

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

reprezentowany przez:

Paulina Jacek – St. specjalista ds.

przetargów, pełnomocnik

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

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ

SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

**pn. Dostawa produktów leczniczych w ramach programów lekowych -
uzupełnienie XVII**

prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej), oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 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, 5 lub
6 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2
ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:~~

.....

.....

.....

.....

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ rozdz.VI (*wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu*).

.

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

~~Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ rozdz. VI (*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*).

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

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.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ DOT. OCHRONY SYGNALISTÓW:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych – Procedura zgłoszeń wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej*, wynikającej z ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024r. poz. 928), wprowadzonej na mocy Zarządzenia Dyrektora nr 43/G/2024 z dnia 30.09.2024 r., rozumiem jej treść, przyjmuję ją do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się ponadto do aktualizacji znajomości powyższej Procedury wraz z każdorazową jej zmianą przekazaną do wiadomości poprzez ogłoszenie w miejscu publikacji procedury.

**-treść procedury dostępna na stronie internetowej www.zozsuchabeskidzka.pl w zakładce „Stefa pacjenta”*