# Załącznik nr 5 do SWZ

# DZP.26.7.2024

# OŚWIADCZENIE

**Podmiotu udostępniającego Wykonawcy zasoby zgodnie z art. 118-123 PZP**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 w zw. z art. 266 PZP**

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Zamawiającego** | **Adres Zamawiającego** |
| Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o z/s w Ząbkach | 05-091 Ząbki, ul. Rychlińskiego 1, |

**PODMIOT SKŁADAJACY OŚWIADCZENIE (UDOSTĘPNIAJACY ZASOBY)\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |

\*Wykonawca moduluje tabelę powyżej, w zależności od swoich potrzeb

**WYKONAWCA\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |

\*Wykonawca moduluje tabelę powyżej, w zależności od swoich potrzeb

**POSTĘPOWANIE O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Znak** |
| **„Świadczenie usługi żywienia realizowanej na potrzeby Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o.”** | **DZP.26.7.2024** |

Na potrzeby ww. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, działając w imieniu w/w podmiotu udostępniającego zasoby oświadczam, co następuje:

**UWAGA:** Informacje zawarte w oświadczeniu będą stanowić potwierdzenie, że podmiot udostępniający zasoby nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby.

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Podmiotu** |  |
| **Adres** |  |
| **Nr KRS** *(o ile dotyczy)* |  |
| **Nr NIP** |  |
| **REGON** |  |
|  |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu / faksu** |  |
| **Adres e - mail** |  |

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Warunek udziału w postępowaniu | W jakim zakresie Podmiot udostępniający zasoby spełnia warunki udziału w postępowaniu? | |
| \_\_\_\_ | **…\*** | **…\*** |
| **TAK** | **NIE** |
| \_\_\_\_ | **…\*** | **…\*** |
| **TAK** | **NIE** |

\* złożone oświadczenie oznaczyć **X**

1. **PODSTAWY WYKLUCZENIA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Podmiot udostępniający zasoby podlega wykluczeniu z udziału w postępowaniu na podstawie któregokolwiek z przepisów wskazanych w art. 108 ust. 1 ustawy PZP i art. 109 ust. 1 pkt 1, 4-10 ustawy PZP? | | |
| **…\*** | **…\*** | |
| **TAK** | **NIE** | |
|  |  | |
| Proszę podać przesłankę / podstawę prawną wykluczenia Podmiotu udostępniającego zasoby |  | |
| Czy Podmiot udostępniający zasoby, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6 lub art. 109 ust. 1 pkt 4-10 PZP, może że spełnił łącznie następujące przesłanki:  1) naprawił lub zobowiązał się do naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem, w tym poprzez zadośćuczynienie pieniężne;  2) wyczerpująco wyjaśnił fakty i okoliczności związane z przestępstwem, wykroczeniem lub swoim nieprawidłowym postępowaniem oraz spowodowanymi przez nie szkodami, aktywnie współpracując odpowiednio z właściwymi organami, w tym organami ścigania, lub zamawiającym;  3) podjął konkretne środki techniczne, organizacyjne i kadrowe, odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom, wykroczeniom lub nieprawidłowemu postępowaniu, w szczególności:  a) zerwał wszelkie powiązania z osobami lub podmiotami odpowiedzialnymi za nieprawidłowe postępowanie wykonawcy,  b) zreorganizował personel,  c) wdrożył system sprawozdawczości i kontroli,  d) utworzył struktury audytu wewnętrznego do monitorowania przestrzegania przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów,  e) wprowadził wewnętrzne regulacje dotyczące odpowiedzialności i odszkodowań za nieprzestrzeganie przepisów, wewnętrznych regulacji lub standardów? | **…\*** | **…\*** |
| **TAK** | **NIE** |
|  |  |  |
| Proszę podać dowody na okoliczności wskazane powyżej | **…** |  |

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały udzielone z pełną świadomością odpowiedzialności karnej za wprowadzenie Zamawiającego w błąd przy ich składaniu**.