**Załącznik nr 2a do SIWZ**

(pieczęć Wykonawcy)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164; Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm ),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**na Świadczenie usług inżyniera kontraktu dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, jako doradztwo i nadzór w realizacji projektu „InPlaMed WŚ”**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

2. 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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20)***.* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

3.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.

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**Załącznik nr 2b do SIWZ**

(pieczęć Wykonawcy)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**na Świadczenie usług inżyniera kontraktu dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, jako doradztwo i nadzór w realizacji projektu „InPlaMed WŚ”**

**1) INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego
w Rozdziale IV SIWZ

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**2) OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że polegam na zasobach następujący/e podmiot/y:

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

***(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)****,*

na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.:

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

**(wskazać zasoby na jakie powołuje się Wykonawca)**

i podmioty te spełniają warunki udziału w postępowaniu.

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**3) 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.

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |