**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł postępowania: | **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowej opieki medycznej** |
| Znak sprawy: | **ZP-2402-1/23** |
| Zamawiający: | **Instytut Chemii Organicznej Polskiej Akademii Nauk** |
| Tryb udzielenia zamówienia: | **Tryb podstawowy bez negocjacji** na podstawie art. 275 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz.U. z 2022 poz. 1710 z późn. zm.) |

**DANE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………….…………… |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………….…………… |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji | …………………………………………………….…………… |
| Stanowisko / podstawa do reprezentacji | …………………………………………………….…………… |

1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

Zgodnie z art. 112 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2021, poz. 1129 z późn. zm.), oświadczam, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu, w szczególności:

1. Posiada zdolność do występowania w obrocie gospodarczym;
2. Posiada uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
4. Posiada zdolność techniczną lub zawodową zapewniającą wykonanie zamówienia.
5. **WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO:**

Oświadczamy, że dysponujemy co najmniej 2 lekarzami medycyny pracy, którzy mają znajomość języka angielskiego na poziomie umożliwiającym komunikację z pacjentem i przeprowadzenie badań profilaktycznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię lekarza MP** | **Specjalizacja** | **Lokalizacja Placówki (adres)** | **Znajomość języka angielskiego**  **(TAK / NIE)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

1. **WYKAZ PLACÓWEK:**

Oświadczamy, że posiadamy co najmniej 10 placówek własnych na terenie miasta stołecznego Warszawy (podać nazwę i adres):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa placówki** | **Adres placówki** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ……………………..…………… | ….………………..…… | …………………..……….………………………… |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis upoważnionego*  *przedstawiciela Wykonawcy* |