**Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka

TEL: (033) 872-31-00

e-mail: zozsuchabeskidzka@wp.pl

http//www.zozsuchabeskidzka.pl

REGON: 000304415, NIP: 552-12-74-352

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

……………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

………………………………………………………..

*(imię, nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do*

*reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Wykonywanie konsultacji w zakresie torakochirurgii na rzecz pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

…………….…………………..*,* dnia ………….……. r.

(miejscowość i data)

…………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

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 (procedura sanacyjna – samooczyszczenie) :

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

…………….……………………*,* dnia ………….……. r.

(miejscowość i data) …………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**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.

…………….……………………*,* dnia ………….……. r.

(miejscowość i data)

…………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik 3**

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka

TEL: (033) 872-31-00

e-mail: zozsuchabeskidzka@wp.pl

http//www.zozsuchabeskidzka.pl

REGON: 000304415, NIP: 552-12-74-352

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

……………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

………………………………………………………..

*(imię, nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do*

*reprezentacji)*

**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 potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Wykonywanie konsultacji w zakresie torakochirurgii na rzecz pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu

………….……………………*,* dnia ………….……. r.

(miejscowość i data)

…………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**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.

…………….……………………*,* dnia ………….……. r.

(miejscowość i data)

…………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 4**

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka

TEL: (033) 872-31-00

e-mail: zozsuchabeskidzka@wp.pl

http//www.zozsuchabeskidzka.pl

REGON: 000304415, NIP: 552-12-74-352

………………………………

Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Wykonywanie konsultacji w zakresie torakochirurgii na rzecz pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

oświadczam/y, że:

- z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu **nie należę/nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184 z późn. zm.)\*:

- wspólnie z ………………………………………………………………………………**należę/należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184 z późn. zm.) i przedkładam/y niżej wymienione dowody, że powiązania między nami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu \*:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………………………

4. ……………………………………………………………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

..........................................., dnia ..................... ......................................................

Podpis wraz z pieczęcią osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 5**

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka

TEL: (033) 872-31-00

e-mail: zozsuchabeskidzka@wp.pl

http//www.zozsuchabeskidzka.pl

REGON: 000304415, NIP: 552-12-74-352

………………………………

Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE OD WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART.13 LUB ART.14 RODO**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Wykonywanie konsultacji w zakresie torakochirurgii na rzecz pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

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.\*

..........................................., dnia ..................... ......................................................

Podpis wraz z pieczęcią osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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).

\* 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 np. przez jego wykreślenie).