

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Oświadczenie Wykonawcy
na podstawie art. 125 ust. 1 PZP

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem są:

„Usługi prania pościeli i bielizny szpitalnej oraz roboczej dla
Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach”.

Ja/My niżej podpisany/podpisani:

.....
(imię i nazwisko)

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy:

.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

1. Oświadczam/y), że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 i 109 PZP.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-
ych do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej
do występowania w jego imieniu

2. Oświadczam/y, że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania spośród wymienionych w SWZ:

.....
.....
.....
(należy wymienić wszystkie podjęte środki naprawcze w tym zakresie)

..... (miejscowość), dnia r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-
ych do reprezentowania Wykonawcy lub
upoważnionej do występowania w jego imieniu

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych
„HOSPICIUM” w Gliwicach

PREZES ZARZĄDU
mgr Małgorzata Szymczyk

3. Oświadczam/y, iż spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu opisane w SWZ.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:
Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

Nazwy i adresy podmiotów trzecich, na których potencjał się powołuję w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określám w niniejszej tabeli:

Lp.	Nazwa podmiotu trzeciego udostępniającego potencjał i forma prawna	Adres siedziby	NIP lub REGON	Wskazać dokładny zakres udostępnianego przez podmiot trzeci potencjału
1.				
2.				
3.				

w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 1
w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 2
w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 3
(określić odpowiedni zakres - wskazać odpowiedni warunek udziału w postępowaniu określony w SWZ dla wskazanego podmiotu)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu ww. informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych
„HOSPICJUM” w Gliwicach

PREZES ZARZĄDU
mgr Małgorzata Szumczuk