

Pieczęć (imię i nazwisko) wykonawcy

O Ś W I A D C Z E N I E

Składając ofertę w trybie zapytania ofertowego na **Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie Mobilnej Poradni Laktacyjnej dla Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. znak sprawy ZO/M/2/2018/1**, jako oferent, oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
5. nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia, gdyż:
 - a. oferent nie wyrządził szkody nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, jeżeli szkoda ta została stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie 3 lat przed wszczęciem postępowania,
 - b. w stosunku do oferenta nie otwarto likwidacji oraz nie ogłoszono upadłości,
 - c. oferent nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
 - d. oferent będący osobą fizyczną / wspólnik oferenta będącego spółką jawną / partner lub członek zarządu oferenta będącego spółką partnerską / komplementariusz oferenta będącego spółką komandytową lub spółką komandytowo-akcyjną / urzędujący członek organu zarządzającego oferenta będącego osobą prawną* nie został prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego,
 - e. względem oferenta, będącego podmiotem zbiorowym (*jeśli dotyczy*) sąd nie orzekł zakazu ubiegania się o zamówienia na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
6. jestem Specjalistą Medycznym w zakresie stanowiącym przedmiot zamówienia - położną, która uzyskała tytuł doradcy ds. laktacji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia lub ukończyła kurs realizowany przez Centrum Laktacji i jest przygotowane do udzielania wsparcia kobietom w okresie karmienia piersią i do rozwiązywania problemów laktacyjnych

W celu potwierdzenia spełniania powyższych warunków, na żądanie Zamawiającego, w terminie do 7 dni od daty żądania, dostarczę dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.



Ponadto oświadczam, że:

1. Jestem świadom odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
2. Oświadczam, że nie pozostaję pod zarządem komisarycznym, nie znajduję się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania naprawczego.
3. Oświadczam, że nie zalegam z należnościami wobec Urzędu Skarbowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opłatami za korzystanie ze środowiska oraz innymi należnościami publicznoprawnymi.

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy