Załącznik nr 5 do Zapytania Ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….. |  |
| *pieczęć firmowa Wykonawcy* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY   
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (okresowych i kontrolnych) pracowników Urzędu Transportu Kolejowego i badań wstępnych osób przyjmowanych do pracy w Urzędzie oraz wydawanie orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do pracy lub o przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy”, niniejszym oświadczam, że:

1. posiada/my uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy   
   i są wpisani do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 160);
2. posiada/my zdolność objęcia usługa zdrowotną w ciągu jednego dnia w danej placówce minimum 3 osoby skierowane przez Zamawiającego;
3. posiada/my co najmniej jedną placówkę zlokalizowaną w każdej z następujących lokalizacji: Warszawa, Lublin, Kraków, Katowice, Trójmiasto, Wrocław, Poznań zapewniającą świadczenie usług medycznych na zasadach szczegółowo opisanych w niniejszym Zapytaniu Ofertowym;
4. dysponuje/my bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Pomieszczenia przeznaczone do realizacji zamówienia muszą odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą   
   (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);
5. dysponuje/my sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji zamówienia musi odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2012 r.   
   w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);
6. dysponuje/my osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim i innym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 160).

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w:

…………………..................…………….........................................................................................................………………………

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

polegam na zasobach niżej wymienionych podmiotów:

1. *(dane podmiotu: nazwa, adres pocztowy, adres e-mail)* Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. w następującym zakresie: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. *(określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*
2. Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................................  (miejscowość, data) | .............................................................................................  (podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny 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.

|  |  |
| --- | --- |
| ...................................................  (miejscowość, data) | ………………….……………………………………………………………………  (podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy) |