**Załącznik nr 6 do SWZ** (składany na wezwanie)

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„****Świadczenie usług kompleksowego utrzymywania czystości i dezynfekcji oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie oraz transportu wewnątrzszpitalnego”,** nr postępowania 4/ZP/2025, oświadczam co następuje:

**WYKAZ USŁUG**

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z **Rozdziałem X ust. 4 pkt 6 SWZ.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Wartość  usługi | Data wykonania  [od – do] | Podmiot,  na rzecz którego usługa  została wykonana [nazwa i adres] |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody, określające czy te usługi zostały wykonane należycie.** Przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty;

Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie - wykonał należycie **co najmniej dwa świadczenia** polegające na utrzymaniu czystości i dezynfekcji w minimum dwóch obiektach lecznictwa otwartego tj. szpitali o powierzchni użytkowej nie mniejszej niż **10 tys. m2,** każdy na wartość nie mniejszą niż **1 000 000,00 zł rocznie** wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

**Załącznik nr 6a do SWZ** (składany na wezwanie)

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Świadczenie usług kompleksowego utrzymywania czystości i dezynfekcji oddziałów szpitalnych i innych komórek Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie oraz transportu wewnątrzszpitalnego”, nr postępowania 4/ZP/2025**.

Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z **Rozdziałem X ust. 4 pkt 8 SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia w siedzibie Zamawiającego (stacjonarnie), przeszkolonych z zakresu higieny szpitalnej i dezynfekcji - kadra kierownicza (min. 1 osoba). Na potwierdzenie spełniania warunku należy przedłożyć wykaz osób zawierający informacje na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia niezbędnych do wykonania przedmiotowego zamówienia oraz informację o podstawie do dysponowania tymi osobami.

OŚWIADCZAM(Y), że w wykonaniu niniejszego zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami |
|  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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