

**WYKAZ USŁUG****Nazwa Wykonawcy:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie podstawowym na **obsługę prawną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

Warunek zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, należycie wykonał lub wykonuje łącznie co najmniej:

- a) usługi polegającej na ciągłej (tj. świadczonej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy, kompleksowej obsługi prawnej lub zatrudnieniu przez okres minimum 24 miesięcy na podstawie umowy o pracę w wymiarze co najmniej połowy etatu w minimum 1 (jednym) podmiocie leczniczym – w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2020 poz. 295) dysponującego co najmniej specjalistycznymi poradniami przyszpitalnymi oraz oddziałami szpitalnymi w tym: Oddziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziałem Chirurgii Ogólnej, Oddziałem Pediatricznym, Oddziałem Neonatologicznym oraz Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym oraz Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym o wartości usługi (umowy) nie mniej niż 100 000,00 zł brutto (słownie: sto tysięcy złotych);

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Wartość brutto usługi	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						

- b) minimum 3 usługi polegające na reprezentacji podmiotu leczniczego w postępowaniu o ustalenie zdarzenia medycznego przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						
3						

c) *minimum 5 usług polegających na zastępstwie procesowym w imieniu podmiotu leczniczego przed sądami powszechnymi, w sprawach zakresu prawa pracy*

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						
3						
4						
5						

d) *minimum 3 usług polegających na reprezentacji podmiotu leczniczego w sprawach gospodarczych lub cywilnych o wartości przedmiotu sporu minimum 75 000,00zł*

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						
3						

e) *minimum 2 usługi polegające na reprezentacji przed Krajową Izbą Odwoławczą po stronie zamawiającego*

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						

f) *minimum 2 usługi polegające na doradztwie prawnym w imieniu podmiotu leczniczego w ramach prowadzenia sporów zbiorowych*

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						

(składany na wezwanie Zamawiającego)

g) minimum 5 usług polegających na prowadzeniu spraw egzekucyjnych w imieniu podmiotu leczniczego

Lp.	Przedmiot wykonanej usługi - Informacje potwierdzające spełnianie warunku udziału w postępowaniu	Sygnatura sprawy lub informacja o rozstrzygnięciu *	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Podmiot, na rzecz, którego usługa została wykonana (nazwa, adres, nr telefonu do kontaktu)	Nazwa Wykonawcy, którego dotyczy**
1						
2						

\* W odniesieniu do usług wskazanych w wykazie usług potwierdzających spełnienie warunku wskazanego w lit b), c), d), e), f), g) Zamawiający wymaga podania sygnatury sprawy (np.: KIO..../.....) lub informacji o rozstrzygnięciu sprawy poprzez adnotację: „rozstrzygnięcie na korzyść strony reprezentowanej” lub „rozstrzygnięcie na niekorzyść strony reprezentowanej”

\*\* Wypełniają wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie niniejszego zamówienia

UWAGA: Do wykazu należy dołączyć dowody określające, czy wyżej wymienione usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty.

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej podmiotu lub jego pełnomocnika.*