**Załącznik nr 1 do SWZ – opis przedmiotu zamówienia (ogólny)**

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Uwaga! Prace należy wykonywać w ruchu - w godz. od 7.00 do 20.00 (należy zapewnić dostęp do poszczególnych  pomieszczeń w trakcie wykonywania prac), nie stwarzając jakichkolwiek zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania Szpitala. W szczególności podczas usuwania gruzu z pomieszczeń należy zachować szczególną ostrożność i tak zorganizować te prace aby odbywały się w sposób niepylący.

Zaleca się aby Wykonawca dokonał wizji lokalnej na terenie, gdzie mają być wykonywane roboty oraz uzyskał na swoją odpowiedzialność i ryzyko wszelkie istotne informacje, które mogą być konieczne dla przygotowania oferty.

Szczegółowe dane według dokumentacji projektowej.

Do realizacji zamówienia należy zastosować wyroby dopuszczone do obrotu i stosowania w budownictwie (art. 10 ust. 1 ustawy Prawo budowlane).

Za takowe uważa się wyroby, dla których zgodnie z odrębnymi przepisami w sprawie aprobat i kryteriów technicznych dotyczących wyrobów budowlanych wydano:

·        certyfikat na znak bezpieczeństwa wykazujący, że zapewniono zgodność z kryteriami technicznymi określonymi na podstawie Norm, aprobat oraz właściwych dokumentów technicznych,

·        deklarację zgodności lub certyfikat zgodności z Normą lub aprobatą techniczną w przypadku wyrobów, dla których nie ustalono Normy, jeżeli nie są objęte certyfikacją określoną powyżej.

Wszystkie materiały zastosowane przez Wykonawcę winny posiadać atesty ITB i PZH, stwierdzające możliwość ich zastosowania w obiektach służby zdrowia.

Wykonawca zobowiązany jest do przedkładania do akceptacji Zamawiającego propozycji rozwiązań materiałowych dla wszystkich branż w postaci wypełnionej Karty Zatwierdzenia Materiałów i Urządzeń, stanowiącej załącznik do SWZ (załącznik do wzoru umowy). Wykonawca zobowiązany jest załączyć dokumenty, takie jak: karty techniczne, aprobaty techniczne, niezbędne do weryfikacji, czy zaproponowane materiały spełniają wymagania Zamawiającego oraz dokumenty dopuszczające do stosowania w budownictwie; (dokumenty dopuszczające do stosowania w budownictwie, muszą być zgodne z przepisami prawa, obowiązującymi w tym zakresie) Wykonawca zobowiązany jest uzyskać każdorazowo zatwierdzenia w/w kart materiałowych na wbudowywane materiały, urządzenia, sprzęt, systemy, i inne przed ich zamówieniem i wbudowaniem.

Nadmieniamy, że wszelkie ewentualne roboty nie ujęte w dokumentacji projektowej związane bezpośrednio z realizacją przedmiotu zamówienia Wykonawca musi przewidzieć na etapie przygotowywania oferty (jako roboty dodatkowe ujęte w cenie oferty).

W przypadku wątpliwej jakości robót, Zamawiający może zażądać od Wykonawcy przeprowadzenia dodatkowych testów, prób, badań wykonanych robót bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego.

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt do dokonywania w okresie gwarancji przeglądów konserwacyjnych, serwisu, napraw wbudowanych materiałów oraz urządzeń, które wymagane są przez ich producentów w okresie udzielonej gwarancji przez Wykonawcę. Przeglądy będą realizowane zgodnie z harmonogramem gwarancyjno-serwisowym sporządzonym przez Wykonawcę na cały okres gwarancji oraz załączonym do dokumentacji powykonawczej w tym w wersji elektronicznej

Obowiązkiem Wykonawcy jest uzyskanie/zgłoszenie na rzecz Zamawiającego wszelkich innych niezbędnych uzgodnień, opinii, certyfikatów, pozwoleń i innych dokumentów zapewniających możliwość prawidłowego funkcjonowania obiektu (oddzielnie dla poszczególnych zadań)

Wykonawca ma obowiązek przedstawić z każdą fakturą (w przypadku fakturowania środków trwałych) wykaz przekazywanego wyposażenia (uszczegółowionego o wyceny jednostkowe brutto zawierający również urządzenia i elementy wyposażenia obiektu wraz z kosztem zakupu i miejscem montażu zgodnie z Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 października 2016 r. w sprawie Klasyfikacji Środków Trwałych (KŚT) (Dz.U. 2016 poz. 1864 ze zmianami), które umożliwi Zamawiającemu sporządzenie wykazu środków trwałych, bądź w przypadku niefakturowania środków trwałych - oświadczenie o braku środków trwałych.

Wykonawca we własnym zakresie zobowiązany jest opracować, w szczególności, następujące dokumentacje: wszelkie dokumentacje warsztatowe/wykonawcze w tym elementów elewacji, ślusarskich, balustrad, projekty stropów typu filigran, projekty podkonstrukcji pod montowane urządzenia i instalacje, instrukcję bezpieczeństwa pożarowego zawierającą m.in. symulację ewakuacji ,pozwolenia wodno-prawne na czas budowy- jeśli będą wymagane, projekt organizacji budowy i zaplecza technicznego, wszelkie harmonogramy w tym robót, przeglądów, plan BIOZ; projekty przebudowy kolidującej infrastruktury technicznej - w przypadku gdy zaistnieje taka konieczność; świadectwo energetyczne obiektu, instrukcje użytkowania

Wykonawca zobowiązany jest do opracowania projektu wykonawczego, na podstawie wytycznych AKPiA, oraz uzyskania akceptacji projektu przez przedstawiciela Zamawiającego. Zamawiający zastrzega sobie prawo do narzucania projektantowi poszczególnych rozwiązań projektowych. W zakresie jest integracja wszystkich wskazanych elementów instalacji z poszczególnych branż.

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

**Formularz ofertowy**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE\*

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………

Telefon:……………………………

(Adres e-mail – na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję): ……………………………

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1. ……………………………….. ……………………………….
2. ……………………………… …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia na:

**\*Zadanie I**

**Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, oferując następujące wynagrodzenie ryczałtowe:**

**kwota ………………… zł netto**

(słownie:………………………………………………………………………….……..).

**cena : ………………… zł brutto**

(słownie: *……… ……………………………………………….………………………*),

**i/lub\***

**\*Zadanie II:**

**Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, oferując następujące wynagrodzenie ryczałtowe:**

**kwota ………………… zł netto**

(słownie:………………………………………………………………………….……..).

**cena : ………………… zł brutto**

(słownie: *……… ……………………………………………….………………………*),

\***(W przypadku złożenia oferty wyłącznie na dana cześć zamówienia, Wykonawca wypełnia pkt 3 w zakresie Zadania I lub Zadania II na które składa ofertę, a w przypadku złożenia oferty na cały przedmiot zamówienia, Wykonawca wypełnia pkt 3 w zakresie Zadania I i Zadania II).**

1. **Wymagane dane do kryteriów oceny ofert innych niż cena:**

**\*Termin gwarancji: …….. miesiące/y**

\*(Wykonawca nie może zaoferować okresu gwarancji poniżej 36 miesięcy. Brak wskazania terminu gwarancji skutkować będzie przyjęciem przez Zamawiającego, że Wykonawca zaoferował min. o 36 miesięczny okres gwarancji wymagany przez Zamawiają. Ponadto, Zamawiający przyjmuje, że maksymalny okres gwarancji wynosi: 60 miesięcy tj.: zaoferowanie większej ilości miesięcy nie będzie skutkowała uzyskaniem dodatkowych punktów, okres taki będzie traktowany jako 60 miesięcy, z zastrzeżeniem, że na przedmiot zamówienia będzie obowiązywał okres gwarancji podany w ofercie).

1. **Wykonamy przedmiot zamówienia w terminie:**

Zadanie I: Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, **w terminie do 26 tygodni.**

- licząc od dnia przekazania terenu realizacji przedmiotu umowy przez Zamawiającego (przekazanie frontu robót).

Zadanie II: Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, **w terminie do 34 tygodni.**

- licząc od dnia przekazania terenu realizacji przedmiotu umowy przez Zamawiającego (przekazanie frontu robót).

1. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.:**

1. *…………………………………………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*
2. *…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*
3. *…………………………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**
2. oferowane w postępowaniu przetargowym roboty budowlane zostaną wykonane zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w dokumentach postepowania.
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte określone przez Zamawiającego.
4. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą.
5. Zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w dokumentacji projektowej i Specyfikacji Technicznej Wykonania i Odbioru Robót (STWiOR).
6. Oświadczam/y że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotowego zamówienia posiadają wymagane uprawnienia a personel wykonujący prace ogólnobudowlane jest lub będzie zatrudniony na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów § 22 ust 1 Kodeksu Pracy.
7. uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
8. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego..
9. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

***Informacja dla Wykonawcy:***

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

*Określenie ceny ofertowej z zastosowaniem nieprawidłowej stawki podatku od towarów i usług (VAT) potraktowane będzie, jako błąd w obliczeniu ceny i spowoduje odrzucenie oferty, jeżeli nie ziszczą się ustawowe przesłanki omyłki (na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 10 pzp w związku z art. 223 ust. 2 pkt 3 pzp).*

**Z ofertą należy złożyć**

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia, **zgodne z załącznikiem nr 3**

oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu **zgodne z załącznikiem nr 4**

Dowód wniesienia wadium

**O ile dotyczy:**

* W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia dołączają o do oferty oświadczenie, zgodne z wzorem stanowiącym załącznikiem nr 4a z którego wynika, które roboty budowlane, dostawy lub usługi wykonają poszczególni wykonawcy.  
  W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców oświadczenie o braku podstaw wykluczenia i spełnieniu warunków udziału, składa każdy z wykonawców oświadczenie, z którego wynika, które roboty budowlane, dostawy lub usługi wykonają poszczególni wykonawcy.
* Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia zobowiązanie podmiotu do udostępnienie niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia, zgodne z załącznikiem nr 4b, wraz z oświadczeniem podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu

**ODPIS lub INFORMACJA z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru (w celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania).**

Pełnomocnictwo: (o ile dotyczy)

1. upoważniające do złożenia oferty, o ile ofertę składa pełnomocnik;
2. Pełnomocnictwo dla pełnomocnika do reprezentowania w postępowaniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - dotyczy ofert składanych przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia;

**Załącznik nr 3** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

# Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust 1 ustawy PZP.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że w stosunku do Wykonawcy nie zachodzą podstawy do wykluczenia z postępowania.]*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie   
art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* 108 ust. 1 i/lub/ *ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku   
z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*[****UWAGA:****w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie powołuje się na zasoby innych podmiotów.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

*[****UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia podwykonawcy.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….……*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**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),* dnia …………………. r.

**Załącznik nr 4 (Wykonawca dołączy do oferty)**

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy (wzór)**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

# Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w dokumentacji postępowania **w Części V Rozdział II ust 1 i ust 2 SWZ** (należy *właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Części V Rozdział I lit d SWZ (należy *właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………...……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………

…………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**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),* dnia ………….……. r.

**Załącznik Nr 4a do SWZ *(*złożyć z ofertą, jeżeli Wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielnie zamówienia - art. 117 ust 4 pzp)**

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**OŚWIADCZENIE (Wzór – należy odpowiednio dostosować)**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, składane na podstawie art. 117 ust. 4 PZP**

Oświadczam, co następuje:

* + - 1. **Zakres prac**

1. Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**zrealizuje niżej wymienione roboty budowlane:**

1. \_\_\_\_
2. \_\_\_\_
3. \_\_\_\_
4. Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**zrealizuje niżej wymienione roboty budowlane:**

1. \_\_\_\_
2. \_\_\_\_
3. \_\_\_\_
   * + 1. **Warunki udziału:**

Warunek dotyczący zdolności technicznej i zawodowej opisany w części V Rozdział I lit c SWZ spełnia/ają w naszym imieniu Wykonawca/y

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

* + 1. Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**UWAGA W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia oraz o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, składa każdy z wykonawców. Oświadczenia te potwierdzają brak podstaw wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji**

**Załącznik Nr 4b do SWZ (złożyć z ofertą, jeżeli Wykonawca polega na zdolnościach innych podmiotów - art. 123 pzp)**

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**ZOBOWIĄZANIE**

do udostępnienia niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia:

**składane na podstawie art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

Ja(/My) niżej podpisany(/ni) ………………….……………..……………… będąc upoważnionym(/mi) do reprezentowania:

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

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

(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)

**o ś w i a d c z a m(y)**,

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ustawy pzp odda Wykonawcy składającego ofertę w postępowaniu, pn.:

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

do dyspozycji niezbędne zasoby \*……………………………………………………………………………….

(zakres udostępnianych zasobów)

na okres korzystania z nich i na potrzeby realizacji ww. zamówienia.

1. Zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby\*

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

1. Sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia\*

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

1. Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą\*

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

***UWAGA***

Wykonawca polegający na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia wraz także oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzającego brak podstaw do wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiedniego spełnienia warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji , w zakresie w **jakim wykonawca powołuję się na jego zasoby**

**\*Dodatkowe informacje (wskazówki) dla Wykonawcy**

**Zakres udostępnianych zasobów niezbędnych do potwierdzenia spełniania warunku :**

* zdolności techniczne lub zawodowe (doświadczenie, potencjał techniczny (rodzaj, nazwa, model), osoby zdolne do wykonania zamówienia (imię i nazwisko, funkcja lub zakres wykonywanych czynności**) – o ile dotyczy**
* zdolności finansowe lub ekonomiczne (np. polisa OC, ) **– o ile dotyczy**

1. np. udostępnienie osób, udostępnienie maszyn, udostępnienie środków finansowych – zawarcie u8mowy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej , podwykonawstwo.
2. należy wskazać czynności/rodzaj robót jaki będzie realizowany. Gdy przedmiotem udostępnienia są zdolności dotyczące wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia wówczas wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, jeśli podmioty te wykonają roboty budowlane lub usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.
3. np. umowa cywilno-prawna, umowa o współpracy , polisa oc ze wskazaniem kto jest ubezpieczającym a kto jest ubezpieczonym

**Załącznik Nr 5 do SWZ (dostarczyć na wezwanie)**

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu , o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy pzp**

(§3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROZWOJU, PRACY I TECHNOLOGII z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcyDz.U.2020.2415)

**Oświadczam iż, Informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, **prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu***,*  **o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp -**  **są nadal aktualne.**

**Załącznik nr 6 (dostarczyć na wezwanie)**

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(w zakresie art. 108 ust 1 pkt 5 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje, prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonshera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Niniejszym oświadczam (-y), że:**

- **nie należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę \*

- **należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,

*(należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej)\*:*

1) ……………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………….

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje lub inne dowody potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7 (dostarczyć na wezwanie)**

# Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

W celu spełnienie warunków udziału w postepowaniu w zakresie zdolności technicznej i zawodowej, oświadczam że w okresie 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –to w tym okresie, wykonałem następujące roboty budowlane:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot (również adres) na rzecz, którego wykonawca wykonał zamówienie** | Przedmiot | **Data wykonania** | Wartość **przedmiotu**  **zamówienia**  **brutto** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Informacja dla Wykonawcy:

\*Zgodnie z SWZ

W zakresie zdolności technicznej i zawodowej – o zamówienie ubiegać się może Wykonawca, który wykonał, nie wcześniej niż w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, min.: **dwie roboty budowlane**, której przedmiotem była robota budowlana w istniejącym obiekcie podmiotu leczniczego, **każda o wartości, nie niemniejszej niż:**

* 1. **200 000 zł brutto dla Zadania I (dwie roboty o wartości nie mniejszej niż : 400 000 zł brutto)**
  2. **250 000 zł brutto dla Zadania II (dwie roboty o wartości nie mniejszej niż : 500 000 zł brutto)**

Zamawiający nie uzna za spełnienie warunków udziału, w przypadku wykazania realizacji więcej niż jednej roboty budowlanej, ale o łącznej wartości wynoszącej nie mniej niż: 200 000 zł brutto dla Zadania I i 250 000 zł brutto dla Zadania II (np. 10 robót które dają łączna wartość wynoszącą nie mniej niż : 200 000 zł brutto dla Zadania I).

Zamawiający wymaga wykazu realizacji min.: **dwóch** robót budowlanych, której przedmiotem była robota budowlana w istniejącym obiekcie podmiotu leczniczego, **każda o wartości nie niemniejszej niż:**

**200 000 zł brutto dla Zadania I (dwie roboty o wartości nie mniejszej niż : 400 000 zł brutto)**

**250 000 zł brutto dla Zadania II (dwie roboty o wartości nie mniejszej niż : 500 000 zł brutto)**

wykonanych nie wcześniej niż w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich rodzaju, wartości, daty i miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których roboty te zostały wykonane. **Wykaz należy złożyć zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 6**.

Zamawiający wymaga **dowodów określających, czy roboty budowlane wskazane w wykazie, zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane**, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - inne odpowiednie dokumenty,   
Przez wykonanie/zrealizowanie należy rozumieć kompleksowe wykonanie umowy o roboty budowlane wskazane w wykazie, potwierdzone odpowiednią dokumentacją (np. referencje itd.),

**Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona, dostarczy ww. dokumenty na wezwanie Zamawiającego, w terminie nie krótszym niż 5 dni.**

**Załącznik nr 8 *(dostarczyć na wezwanie)***

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I

Przebudowa pomieszczeń badań laryngologii (pomieszczenia po dawnej CS) Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań.

Zadanie II:

Remont wybranych pomieszczeń w budynkach na terenie Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań,

prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**OŚWIADCZENIE**

**o zatrudnieniu osób na podstawie umowy o pracę**

**Oświadczam(y), że:**

* osoby wykonujące wskazane przez Zamawiającego czynności w zakresie realizacji zamówienia, zatrudnione są na podstawie umowy o pracę, jeżeli wykonanie tych czynności polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.
* zapoznaliśmy się z wymogami Zamawiającego odnośnie zatrudnienia przez Wykonawcę lub Podwykonawcę - osób wykonujących czynności w zakresie realizacji zamówienia na podstawie umowy o pracę, określonymi w dokumentacji postępowania (w szczególności w projekcie umowy) i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.

1. ) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)