**Załącznik nr 5 do Formularza oferty**

Wykonawca:

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

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

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,   
o której mowa w art. 108** **ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Politechnikę Warszawską, pn. **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW,**w imieniu Wykonawcy**:**

1. **\*oświadczam, że należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) co Wykonawca/Wykonawcy którego/których oferta/oferty została/zostały złożone w niniejszym postępowaniu:
2. […];
3. […];

Jednocześnie, przedkładam wymienione niżej dokumenty wykazujące, że przynależność do tej samej grupy kapitałowej nie prowadzi do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu, tj., że reprezentowany przeze mnie Wykonawca i Wykonawca/y wskazany/i w pkt 1 powyżej, przygotowali złożone przez siebie oferty niezależnie od siebie:

1. […];
2. […];
3. **\*oświadczam, że NIE należę do tej samej grupy kapitałowej**, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 Pzp, w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) co Wykonawca/Wykonawcy, którego/których oferta/oferty została/zostały złożone w niniejszym postępowaniu.

**\*niepotrzebne skreślić**

***elektroniczny podpis osoby/osób uprawnionych do***

***wystąpienia w imieniu Wykonawcy***

**Załącznik nr 6 do Formularza oferty**

Wykonawca 1:

……………………………………………………………………….............................................…(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,)

Wykonawca 2:

……………………………………………………………………….............................................…(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)

reprezentowani przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz usług wykonanych lub wykonywanych**

**składanych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia Publicznego na zadanie pod nazwą:

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW,**

Ja niżej podpisany

**Oświadczam, że wykonałem lub wykonuję w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert (jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość zamówienia brutto w PLN** | **Daty wykonania** | **Zamawiający/Odbiorca (nazwa i adres)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**Do każdego zamówienia wymienionego w wykazie należy załączyć dowody określające, czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane.**

***elektroniczny podpis osoby/osób uprawnionych do***

***wystąpienia w imieniu Wykonawcy***

**Załącznik nr 7 do Formularza oferty**

Wykonawca 1:

……………………………………………………………………….............................................…(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,)

Wykonawca 2:

……………………………………………………………………….............................................…(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)

reprezentowani przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz „narzędzi” – placówek**

Składając ofertę w postępowaniu na **świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz dodatkowych badań profilaktycznych dla pracowników PW (znak sprawy ZP.U.DS.46.2021)**, przedstawiamy wykaz „narzędzi” (placówek, pracowni, sprzętu) którymi dysponujemy/będziemy dysponować w celu wykonania zamówienia wraz z informacją o podstawie dysponowania.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa placówki** | **Adres placówki ze wskazaniem dzielnicy m. st. Warszawy** | **Funkcja placówki** | **Placówka, którą wykonawca dysponuje lub będzie dysponować** | **Podstawa dysponowania** (np. własność wykonawcy, inna własność- zobowiązanie innego podmiotu do udostępnienia danej placówki) |
| **1.** |  | Dzielnica m. st. Warszawy: Śródmieście  Adres: ………………..  ……………………….  ………………………. | przychodnia wyposażona zgodnie z wymaganiami SWZ t.j.: wyposażona w rejestrację, toaletę, szatnię, punkt pobrań, gabinet zabiegowy, gabinety medycyny pracy, EKG, spirometr, gabinety lekarzy specjalistów niezbędnych do wydania orzeczeń medycyny pracy | dysponujemy / będziemy dysponować\* |  |
| **2.** |  | Dzielnica m. st. Warszawy: Ochota  Adres: ………………..  ……………………….  ………………………. | przychodnia wyposażona zgodnie z wymaganiami SWZ t.j.: wyposażona w rejestrację, toaletę, szatnię, punkt pobrań, gabinet zabiegowy, gabinety medycyny pracy, EKG, spirometr, gabinety lekarzy specjalistów niezbędnych do wydania orzeczeń medycyny pracy | dysponujemy / będziemy dysponować\* |  |
| **3.** |  | Dzielnica m. st. Warszawy: Śródmieście  Adres: ………………..  ……………………….  ………………………. | pracownia psychologiczna / psychotechniczna | dysponujemy / będziemy dysponować\* |  |
| **4.** |  | Dzielnica m. st. Warszawy: Ochota  Adres: ………………..  ……………………….  ………………………. | Pracownia psychologiczna / psychotechniczna | dysponujemy / będziemy dysponować\* |  |
| **5.** |  | Dzielnica m. st. Warszawy: ..................  Adres: ………………..  ………………………. | Pracownia RTG wyposażona w sprzęt cyfrowy | dysponujemy / będziemy dysponować\* |  |

\* odpowiednie skreślić

***elektroniczny podpis osoby/osób uprawnionych do***

***wystąpienia w imieniu Wykonawcy***