

Znak sprawy: GCR/33/ZP/2022

WYKONAWCA: .....

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

reprezentowany przez: .....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp,

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU  
W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa i wdrożenie Zintegrowanego Systemu Informatycznego” prowadzonego w trybie podstawowym bez możliwości negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U z 2022r. poz. 1710 z późn.zm), oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam:

☐ że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy PZP.\*

☐ 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 ustawy PZP). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze\*:

.....

.....

Na potwierdzenie powyższego przedkładam następujące środki dowodowe:

1) .....

2) .....

2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w treści SWZ tj.

- w okresie ostatnich 5 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie wykonałem co najmniej dwie dostawy wraz z wdrożeniem dla podmiotów zdrowotnych zintegrowanego systemu informatycznego wraz ze świadczeniem serwisu gwarancyjnego przez okres co najmniej 12 miesięcy, w tym każda z tych usług obejmowała następujące obszary:

- Obsługa gabinetów lekarskich;

- Obsługa gabinetów pielęgniarskich;
- Obsługa świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej
- Obsługa poradni
- Rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- Planowanie zabiegów, wizyt, z uwzględnieniem czasów przejścia oraz z systemem potwierdzania realizacji
- Finanse i Księgowość;
- Majątek Trwały;
- Kadry i Płace;
- Zakupy, Sprzedaż, Magazyny w tym Magazyn Apteki;

- dysponuję co najmniej jednym kierownikiem projektu posiadającym co najmniej 5-letnie doświadczenie związane z zrealizowaniem co najmniej 3 wdrożeń zintegrowanych systemów informatycznych dla podmiotów zdrowotnych w obszarze leczenia otwartego i zamkniętego wraz z strefą administracyjną (szarą).

3. Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w Specyfikacji Warunków Zamówienia

- ☐ polegam na zasobach innego/ych podmiotu/ów\*
- ☐ nie polegam na zasobach innego/ych podmiotu/ów\*

\*zaznaczyć właściwe

Nazwa i adres podmiotu:

.....

.....

Udostępniane zasoby:

.....

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu, w przypadku zaznaczenia, iż Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu).

**plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,  
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy**