

**Centralny Instytut Ochrony Pracy –  
Państwowy Instytut Badawczy**  
ul. Czerniakowska 16  
00-701 Warszawa

## **WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Adres do korespondencji (*dotyczy jeżeli jest inny niż siedziba Wykonawcy*): .....

.....

Adres e-mail: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu opublikowanym w Suplemencie do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej w dniu ..... pod numerem ..... składamy wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie negocjacji z ogłoszeniem na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną.

Załącznikami do niniejszego wniosku są:

Uwaga: Wykonawca umieszcza wykaz wszystkich wymaganych dokumentów. Należy wskazać nazwę dokumentów.

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

## Załącznik nr 1 do wniosku

**Oświadczenie Wykonawcy**  
**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1**  
**ustawy Pzp**

zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną

**WYKONAWCA:**

Niniejszy wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu zostaje złożony przez:

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer telefonu i faksu
1.			
2.			

Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia tj.:

- 1) posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) posiadam/y wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
- 3) dysponuję/jemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 4) znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej niezbędnej do realizacji przedmiotu zamówienia.

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)	Miejscowość i data
1.					

**Uwaga:**

W przypadku gdy Wykonawca skorzysta z regulacji art. 26 ust. 2b ustawy Pzp i będzie polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów (niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków), zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia (zgodnie z Załącznikiem 2a do SIWZ).

## Załącznik nr 1a do wniosku

<b>Zobowiązanie innych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów</b> <b>zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną</b>
--

Lp.	Pełna nazwa podmiotu oddającego do dyspozycji niezbędne zasoby	Adres podmiotu	Numer telefonu i faksu

Zobowiązuję/emy się do oddania na rzecz .....

.....  
(nazwa wykonawcy składającego ofertę)

do dyspozycji następujące niezbędne zasoby na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia .....

.....  
.....  
.....

....., dn. ....  
miejsowość

.....  
podpis i pieczęć osoby (ób) upoważnionej (ych)  
do złożenia podpisu w imieniu podmiotu oddającego do

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)	Miejscowość i data
1.					

## Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy

**zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną**

### WYKONAWCA:

Niniejszy wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu zostaje złożony przez:

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer telefonu i faksu
1.			
2.			

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną oświadczam/y, że brak jest podstaw wykluczenia mnie/nas z postępowania ze względu na okoliczności, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Pzp, oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia.

W przypadku osób fizycznych niniejsze „Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania” stanowi jednocześnie oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp.

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)	Miejscowość i data
1.					

## Załącznik nr 3 do wniosku

<p><b>Wykaz zrealizowanych usług</b></p> <p>zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną</p>
--

**WYKONAWCA:**

Niniejszy wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu zostaje złożony przez:

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer telefonu i faksu
1.			
2.			

W zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie zostały zrealizowane:

Lp.	Nazwa i adres Odbiorcy	Przedmiot zamówienia	Wartość zamówienia	Okres realizacji	
				Rozpoczęcie (m-c, rok)	Zakończenie/trwanie

**Uwaga:** Należy załączyć dokumenty potwierdzające wykonanie z należytą starannością dostaw wymienionych w powyższym wykazie

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)	Miejscowość i data
1.					

## Załącznik nr 4 do wniosku

**Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej lub informacja o tym, że wykonawca nie należy do grupy kapitałowej, o której mowa w art.24 ust.2 pkt 5 ustawy Pzp**

**zamówienie publiczne na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z dodatkową opieką medyczną**

**WYKONAWCA:**

Niniejszy wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu zostaje złożony przez:

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer telefonu i faksu
1.			

1\*. Stosownie do treści art. 26 ust. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010r. nr 113 poz. 759 z późn. zm.) informuję, iż nie należę do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)

2\*. Stosownie do treści art. 26 ust. 2d ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010r. nr 113 poz. 759 z późn. zm.) informuję, że należę do grupy kapitałowej i przedkładam listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.).

- a).....
- b).....
- c).....
- d).....
- e).....

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem – potwierdzamy własnoręcznymi podpisami świadom/świadomi odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego

\*niepotrzebne skreślić

Lp.	Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego wniosku w imieniu Wykonawcy(ów)	Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)	Miejscowość i data
1.					