Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert

_____

_____

_____

(Nazwa i adres wykonawcy, NIP

os. do kontaktu, tel. e-mail)

_____, dnia _____ r.

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

o niepodleganiu wykluczeniu z udziału w postępowaniu

i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Nadleśnictwo Węgliniec

ul. Piłsudskiego 6, 59-940 Węgliniec

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż kwota 170 000 złotych, prowadzone z pominięciem stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 796 z późn. zm.) na realizację usług pn. **„Usługa grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z medycyną pracy dla pracowników Nadleśnictwa Węgliniec oraz grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla członków ich rodzin na okres 01.01.2027 r. do 31.12.2027 r. (12 miesięcy)”** zn. spr. NK.270.1.2026

A. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

MY NIŻEJ WSKAZANI:

_____

działając w imieniu i na rzecz:

_____

podpisując niniejszy dokument oświadczamy, że:

1. Nie podlegam/ reprezentowany przeze mnie wykonawca nie podlega wykluczeniu z ww. postępowania z uwagi na art. 7 ust.1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. jedn. Dz.U. z 2025 r., poz. 514)
2. Spełniam/ reprezentowany przeze mnie wykonawca spełnia warunku udziału w postępowaniu, w zakresie:
    a. Uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej o ile wynika to z odrębnych przepisów – tj. uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w

rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.),

b. Zdolności technicznej – tj. posiada co najmniej 10 placówek własnych na terenie powiatów zgorzeleckiego, bolesławieckiego i lubańskiego (łącznie), lub że dysponuje co najmniej 10 placówkami w ramach polegania na zdolnościach technicznych innych podmiotów

B. WYKAZ PLACÓWEK:

Oświadczamy, że posiadamy co najmniej 10 placówek własnych na terenie powiatów zgorzeleckiego, bolesławieckiego i lubańskiego (podać nazwę i adres) lub dysponujemy co najmniej 10 placówkami na terenie powiatów zgorzeleckiego, bolesławieckiego i lubańskiego (podać nazwę i adres):

Lp.	**Nazwa placówki**	**Adres placówki**
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
…		

_____

(podpis)