**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SWZ  
ZPIZ/TP/D/4/2025**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE DO POSTĘPOWANIA W SPRAWIE UDZIELENIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**Część I:**

**Informacje dotyczące instytucji zamawiającej i postępowania o udzielenie zamówienia**

1. Nazwa, adresy i dane kontaktowe instytucji zamawiającej

Nazwa: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi**

Adres: **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

telefon: **(+48) 42/ 71 55 777**

e-mail: [*dyrekcja@psychiatria-lodz.pl*](mailto:dyrekcja@psychiatria-lodz.pl)*, sekretariat@babinski.home.pl*

2. Tytuł zamówienia: ***„Zakup wraz z sukcesywnymi dostawami do apteki szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi Brexipiprazolu oraz proszku o nazwie Aripiprazolum i rozpuszczalnika do sporządzania zawiesiny o przedłużonym działaniu.”***

3. Znak sprawy nadany przez Zamawiającego: ***ZPIZ/TP/D/4/2025***

**Część II:**

**Informacje dotyczące Wykonawcy**

**A: Informacje na temat Wykonawcy:**

a) Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………

b) Osoba wyznaczona do kontaktów: …………………………………………………………………………………….………..

telefon: …………………………………………….

e-mail: ………………………………………………

**B: Informacje na temat przedstawicieli prawnych Wykonawcy**

Proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres (-) osoby (osób) **upoważnionych do prawnego reprezentowania wykonawcy** na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:

a) Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………

b) Stanowisko/Działający jako: ………………………………………………………………………………………..……………

c) telefon: …………………………………………………….

d) e-mail: …………………………………………………...

**Część III:**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych   
(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz.1320 z póź. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznegopn: ***„Zakup wraz z sukcesywnymi dostawami do apteki szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi Brexipiprazolu oraz proszku o nazwie Aripiprazolum i rozpuszczalnika do sporządzania zawiesiny o przedłużonym działaniu.”*** prowadzonego przezSpecjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzioświadczam co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 - 10 ustawy Pzp.

………………… ……………………

Miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

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 lub art. 109 ust. 1 pkt 4 – 10 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, podjąłem następujące środki naprawcze\*:

*…………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………*

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać ,,NIE DOTYCZY”.*

……………………… ………………………………..

Miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać ,,NIE DOTYCZY”.*

…………………… …………………………………..

Miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać ,,NIE DOTYCZY”.*

………………… ……………………………………..

Miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części III są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………… ……………………………………..

Miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

**Część IV:**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych   
(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 z późn. zm.), zwanej dalej: ustawa Pzp.

**DOTYCZACE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznegopn: ***„Zakup wraz z sukcesywnymi dostawami do apteki szpitalnej Spec. Psych. ZOZ w Łodzi Brexipiprazolu oraz proszku o nazwie Aripiprazolum i rozpuszczalnika do sporządzania zawiesiny o przedłużonym działaniu.”*** prowadzonego przezSpecjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzioświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego   
w Rozdziale 6 SWZ.

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).*

…………………… ………………….

miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

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

Oświadczam, że w celu wskazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale 6 SWZ *(wskazać dokument i 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).*

*\*W przypadku gdy nie dotyczy należy skreślić lub wpisać ,,NIE DOTYCZY”.*

…………………… …………………..

miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach Części IV są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………… …………………..

miejscowość data

……………………………………

*(podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy)*