**OŚWIADCZENIA**

**1/DEG/SP/2025**

**Usługa ubezpieczenia ryzyk komunikacyjnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego   
w Toszku**

Nazwa Wykonawcy ............................................................................

Adres Wykonawcy ..............................................................................

Numer telefonu …………….. e-mail ..............................................

NIP ……………………….. REGON ………………………….….

1. Oświadczamy, że **nie korzystamy / korzystamy\*** z usług podwykonawców.   
   *W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców(zakres i wartość wykonanych robót, udziału w realizacji zamówienia)*

*\* niepotrzebne skreślić*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

1. Termin realizacji:

Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia w terminie 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

1. Oświadczam, że spełniam/spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone  
   w zaproszeniu do złożenia oferty (pkt 8.2. zaproszenia).
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia wskazane  
   w pkt 8.3. zaproszenia do składania ofert.
3. Inne...........................................................................................................................................