**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

**Wykonawca:[[1]](#footnote-1)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma, siedziba i adres,*

*nr tel., nr fax, adres e-mail*

*NIP, REGON)*

**Zamawiający:**

**„Łódzka Kolej Aglomeracyjna” sp. z o.o.**

al. Piłsudskiego 12

90-051 Łódź

fax. +48 42 235 02 05

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu, działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*firma, siedziba i adres Wykonawcy[[2]](#footnote-2))*

**składam wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn. „Świadczenie usług medycznych wraz z medycyną pracy na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.”**

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o zamówieniu i akceptujemy jego treść w pełni i bez żadnych ograniczeń.
2. Oświadczam/y, że osobą uprawnioną/osobami uprawnionymi do kontaktów   
   z Zamawiającym jest/są[[3]](#footnote-3):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wniosek niniejszy wraz z załącznikami składamy na **\_\_\_\_** kolejno ponumerowanych stronach.
2. Załącznikami do niniejszego wniosku są:
   * + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) |  | (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie) |

**Załącznik Nr 2 do ogłoszenia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**OŚWIADCZENIE[[4]](#footnote-4)**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie usług medycznych wraz z medycyną pracy**

**na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.”**

Oświadczam/y, spełniam/y\* warunki udziału w wyżej wymienionym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) |  | (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie) |

**Załącznik Nr 3 do ogłoszenia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**OŚWIADCZENIE[[5]](#footnote-5)**

**o braku podstaw do wykluczenia z postępowania**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie usług medycznych wraz z medycyną pracy**

**na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.”**

Oświadczam/y, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 19 ust. 1 Regulaminu ŁKA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) |  | (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie) |

**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Oznaczenie Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

**WYKAZ USŁUG**

wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych,   
 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, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług medycznych wraz z medycyną pracy**

**na rzecz pracowników „Łódzkiej Kolei Aglomeracyjnej” sp. z o.o.”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość netto usługi** | **Data wykonania usługi**  dd/mm/rrrr | **Odbiorca**  **usługi**  firma, siedziba, adres, tel. | **Wykonawca** |
|  |  |  |  |  |  |

UWAGA: do wykazu należy załączyć dokument potwierdzający, że ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) |  | (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie) |

1. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców, ze wskazaniem pełnomocnika [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku wykonawców występujących wspólnie oświadczenie należy złożyć w imieniu wszystkich wykonawców [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku wykonawców występujących wspólnie oświadczenie składa każdy Wykonawca oddzielnie [↑](#footnote-ref-5)