**Załącznik Nr 2a**

……………………………………

 (pieczęć Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia pn.: **Obsługa prawna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

Niniejszym oświadczam, że jako osoba fizyczna/ podmiot:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

spełnia warunki, dotyczące:

1. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania oferty wykonywali kompleksową obsługę prawną na rzecz, co najmniej jednego podmiotu sektora publicznego przez co najmniej 12 miesięcy w sposób ciągły - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów\*,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa instytucji/ podmiotu obsługiwanego** | **Dane kontaktowe instytucji/ podmiotu obsługiwanego** | **Okres współpracy** | **Numer telefonu w obsługiwanej instytucji/ podmiocie za pomocą którego można zweryfikować wskazane dane** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. co najmniej wykonywał okazjonalne usługi prawne/ doradztwo prawne na rzecz co najmniej 1 podmiotu z sektora publicznego w okresie swojej działalności na rynku- wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów,\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa instytucji/ podmiotu obsługiwanego** | **Dane kontaktowe instytucji/ podmiotu obsługiwanego** | **Okres współpracy** | **Numer telefonu w obsługiwanej instytucji/ podmiocie za pomocą którego można zweryfikować wskazane dane** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. w okresie ostatnich 48 miesięcy przed upływem terminu składania ofert udzielali doradztwa prawnego na rzecz, co najmniej 3 podmiotów leczniczych\* - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie w Obszarze nr 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Dane kontaktowe obsługiwanego podmiotu leczniczego** | **Okres współpracy** | **Numer telefonu w obsługiwanym podmiocie leczniczym, za pomocą którego można zweryfikować podane dane** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Tabela do edytowania

1. posiadania wiedzy i doświadczenia w zakresie prawa administracyjnego - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów,
2. posiadania doświadczenia w zakresie prawa medycznego, systemu ochrony zdrowia i kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych (wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie w Obszarze nr 3) \*

……………….dnia……………………. Zatwierdzam:

 ……………………………..

 (podpis i pieczęć Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić