**Załącznik nr 3**

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie w formie wykazu wykonanych usług projektowych składany na potwierdzenie warunków udziału w zakresie zdolności technicznej i zawodowej**

W celu spełnienie warunków udziału w postępowaniu pn “ Wykonanie programu funkcjonalno – użytkowego (PFU) dla realizacji inwestycji p.n.: Budowa nowego skrzydła czterokondygnacyjnego (-1-piwnica, 0-parter, 1-pietro, 2-pietro) w miejscu istniejącego oddziału A, Budynku Psychiatrii Szpitala Klinicznego Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Przebudowa obecnej Izby Przyjęć Psychiatrii na Izbę Przyjęć Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (wraz z punktem zgłoszeniowo koordynacyjnym dla dorosłych) Budynku Psychiatrii Szpitala Klinicznego Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot (również adres) na rzecz, którego wykonawca wykonał usługi wskazane w wykazie** | **Przedmiot**  (**min 2 usługi polegające na kompleksowym wykonaniu pełnej wielobranżowej dokumentacji projektowej (w zakresie branży architektonicznej, konstrukcyjno – budowlanej, sanitarnej, elektrycznej) dla budynków szpitalnych lub zakładów opieki zdrowotnej**  ( wg Polskiej Klasyfikacji Obiektów Budowlanych należące do klasy 1264\*), | **Data wykonania**  (w okresie ostatnich 7 lat a jeżeli okres prowadzonej działalności jest krótszy, to w tym okresie | **Wartość usługi**  **(min.: 100 000 zł brutto każda)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

**Informacja dla Wykonawcy:**

O zamówienie ubiegać się może Wykonawca, który wykonał , nie wcześniej niż w okresie ostatnich 7 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, min.: dwie usługi polegające na kompleksowym wykonaniu pełnej wielobranżowej dokumentacji projektowej (w zakresie branży architektonicznej, konstrukcyjno – budowlanej, sanitarnej, elektrycznej), dla budynków szpitalnych lub zakładów opieki zdrowotnej, **o wartości nie mniejszej niż 100 000 zł brutto dla każdej wykazanej usługi.**

**UWAGA**

* Dla potrzeb postepowania pod pojęciem „budynków szpitalnych lub zakładów opieki zdrowotnej”, należy rozumieć\*

− Budynki instytucji świadczących usługi medyczne i chirurgiczne oraz pielęgnacyjne dla ludzi, Sanatoria, szpitale długoterminowego lecznictwa, szpitale psychiatryczne, przychodnie, poradnie, żłobki, ośrodki pomocy społecznej dla matki i dziecka, Szpitale kliniczne, Szpitale więzienne i wojskowe, Budynki przeznaczone do termoterapii, wodolecznictwa, rehabilitacji, stacje krwiodawstwa, laktaria, kliniki weterynaryjne, itp., Budynki instytucji ochrony zdrowia świadczące usługi zakwaterowania, z opieką lekarską i pielęgniarską dla ludzi starszych, niepełnosprawnych, itp.

Klasa nie obejmuje:

− Domów opieki społecznej (bez opieki medycznej) dla ludzi starszych lub niepełnosprawnych, itp. (1130)

\*Polska Klasyfikacja Obiektów Budowlanych należące do klasy 1264: (<https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkob/pdf/pkob.pdf>)

* „nie mniejszej niż 100 000 zł brutto dla wykazanej usługi” oznacza, że Zamawiający nie dopuszcza łączenia usług o wartościach mniejszych niż wymagana , które po sumowaniu dają wymaganą wartość brutto.
* *Wykonał*: usługi projektowe stanowią umowy rezultatu/skutku (umowa o dzieło) dlatego wykazane usługi muszą być z wykonane, co musi być potwierdzone odpowiednią dokumentacją (np. referencjami).
* Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, ww. warunek mogą spełniać łącznie.