***Załącznik nr 7 do SWZ***

***na świadczenie usługi ochrony fizycznej obiektów, osób i mienia***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu***

***Nr sprawy Szp-241/FZ – 015/2025***

........................................................

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

*OŚWIADCZENIE*

***o posiadaniu własnego Centrum Dowodzenia i Stacji Monitorowania Alarmów na terenie miasta Wrocławia***

*(Wypełnia Wykonawca )*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

Oświadczam/-y, że posiadam/-y :

1. własne Centrum Dowodzenia, funkcjonujące w trybie całodobowym na terenie miasta Wrocławia, obsadzone przez kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej, wyposażonego m.in. w środki łączności gwarantujące kontakt ze Dowódcą Zmiany i upoważnionym pracownikiem Zamawiającego.
2. własną Stację Monitorowania Alarmów na terenie miasta Wrocławia zapewniającą możliwość natychmiastowego odbioru sygnałów generowanych przez systemy napadowe oraz systemy sygnalizacji włamania i napadu.

……………………………………………………………………………………………………………

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*

***Załącznik nr 8 do SWZ***

***na świadczenie usługi ochrony fizycznej obiektów, osób i mienia***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu***

***Nr sprawy Szp-241/FZ – 015/2025***

........................................................

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

***o upoważnieniu do udzielania ulg we wpłatach do PFRON na podstawie posiadania statusu Zakładu Pracy Chronionej***

*zgodnie z art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024.0.44 t.j)*

***lub spełniania warunków określonych***

*w art. 22. ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2024.0.44 t.j)*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

1. Oświadczam/-y,

że jesteśmy **\***; nie jesteśmy**\* upoważnieni do udzielania ulg we wpłatach do PFRON na podstawie posiadania statusu Zakładu Pracy Chronionej** zgodnie z *art. 28 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.z 2024.0.44 t.j)*

***lub spełniamy warunki określone*** *w art. 22. ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27.sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2024.0.44 t.j)*

**\*** niepotrzebne skreślić

2. Miesięczna kwota obniżenia wpłaty na PFRON**\*\*** wynosi …………… zł ……………………… (słownie) z tytułu wykonywania usługi - „**usługa ochrony fizycznej osób i mienia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu’**

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*

***Załącznik nr 9 do SWZ***

***na świadczenie usługi ochrony fizycznej obiektów, osób i mienia***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu***

***Nr sprawy Szp-241/FZ – 015/2025***

........................................................

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

***o posiadaniu własnej Grupy Interwencyjnej SUFO oraz o osobach posiadających status kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej***

*(Wypełnia Wykonawca )*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

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

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

Oświadczam/-y, że posiadamy :

1. Co najmniej jedną, własną Grupę Interwencyjną SUFO na terenie miasta Wrocławia\*, gwarantującą podjęcie działań w przypadku zagrożenia w czasie nie dłuższym niż  **…….. minut .** Grupa Interwencyjna SUFO składa się z co najmniej dwóch **kwalifikowanych** pracowników ochrony fizycznej, wyposażonych w środki przymusu bezpośredniego.
2. Niniejszym, oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, tj: posiadają **kwalifikację pracownika ochrony fizycznej** zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22.08.1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1995 t.j.)

……………………………………………………………………………………………………………

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*

***Załącznik nr 10 do SWZ***

***na świadczenie usługi ochrony fizycznej obiektów, osób i mienia***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu***

***Nr sprawy Szp-241/FZ – 015/2025***

........................................................

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

**o posiadaniu statusu Zakładu Pracy Chronionej**

zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z Dz.U.2024.0.44 t.j)

*(Wypełnia Wykonawca)*

Pełna nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam/y, że posiadam (-my) \*; nie posiadam (-my) Status Zakładu Pracy Chronionej (\**niepotrzebne skreślić*)
2. Miesięczna kwota obniżenia wpłaty na PEFRON\*\* wynosi ………………………. zł ……………………………….(słownie)

Z tytułu wykonywania usług całodobowej ochrony fizycznej obiektów, osób i mienia w obiektach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego 73a we Wrocławiu oraz Oddziału Zamiejscowego przy ul. Poświęckiej 8 we Wrocławiu ( Szp-241/FZ-015/2025 )

*\*Wypełniają tylko Wykonawcy, którzy w punkcie 1 zaznaczyli posiadanie statusu Zakładu Pracy Chronionej*

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

…………………….…., dnia …………

*…………………………………*

*(podpis osób wskazanych   
w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*