**Anlage A2**

**Erklärung über den Besitz der besonderen Voraussetzungen für die Ausführung der Arbeiten gemäß Art. 100, GvD 50/2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Der/die unterfertigte | Xxx | | |
| geboren in: | xx | am | Xxx |
| in seiner Eigenschaft als | Xxx | | |
| Der Gesellschaft: | Xxx | | |
| mit Sitz in: | Xxx | Adresse | Xxx |
| MwSt: | Xxx | | |
| Steuernummer: | Xxx | | |
| Telefonnummer: | Xxx | | |
| PEC Email-Adresse | Xxx | | |

mit Bezug auf die gegenständliche Bekanntmachung auf eigene Verantwortung und im Bewusstsein der verwaltungs- und strafrechtlichen Folgen bei unwahren Erklärungen im Sinne des Art. 76 des DPR Nr. 445/2000:

**ERKLÄRT UND BESTÄTIGT**

über alle folgenden Voraussetzungen zu verfügen:

1. Erfahrung, im Dreijahreszeitraum 2018, 2019, 2020, in der Kanalsanierung mit C.I.P.P. Verfahren (cured in place pipe), durch vor Ort mit UV härtendes Glasfaserschlauchlining, von Kanalrohren mit Eiprofilgrößen (l/L) ≥ 500/750 mm und mit einer Länge ≥ 400 m für Nr. 2 Sanierungen und mit einer Länge ≥ 100 m für Nr. 1 weitere Sanierung zu haben (*wie in* ***Tabelle 1*** *angegeben*);
2. Erfahrung, im Dreijahreszeitraum 2018, 2019, 2020, mit Einbau und kontinuierlichem Betrieb von Nr. 3 Bypass, mit Durchfluss ≥ 450 m³/h und Dauer ≥ 60 Tage zu haben (*wie in* ***Tabelle 2*** *angegeben*);
3. In Besitz aller geforderten Unternehmenszertifizierungen zu sein (*wie in* ***Tabelle 3*** *angegeben*);
4. Dass, das Unternehmen das die Arbeiten für das Verlegen des Liners ausführen wird, in Besitz aller angemessenen technischen Ausrüs­tungen, der betrieblichen Organisation und der Angestellten ist, um die zusätzlichen Wartungsdienste für die ersten zwei Jahre - nach einem positiven Ergebnis der Lieferung - zu gewährleisten, für eine Dauer von 365 aufeinanderfolgenden Kalendertagen und durch die Festlegung eines für eco center AG unverbindlichen offenen Vertrags mit der Verpflichtung eines Bereitschaftsdienstes H24, innerhalb 4 Stunden vom Anruf, für 365 Tage.

**Tabelle 1:** Erfahrung, im Dreijahreszeitraum 2018, 2019, 2020, in der Kanalsanierung mit C.I.P.P. Verfahren (cured in place pipe), durch vor Ort mit UV härtendes Glasfaserschlauchlining, von Kanalrohren, mit folgenden Anforderungen:

* Eiprofilgröße (l/L) ≥ 500/750 mm
* Länge ≥ 400 m für Nr. 2 Sanierungen und Länge ≥ 100 m für Nr. 1 weitere Sanierung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SANIERUNG Nr. 1, C.I.P.P. – UV LINER** | | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Länge: | X | m ≥ 400 m | | |
| Eiprofilgröße (l/L): | x/x | mm/mm ≥ 500/750 mm | |
| **SANIERUNG Nr. 2**, **C.I.P.P. – UV LINER** | | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Länge: | X | m ≥ 400 m | | |
| Eiprofilgröße (l/L): | x/x | mm/mm ≥ 500/750 mm | |
| **SANIERUNG Nr. 3**, **C.I.P.P. – UV LINER** | | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Länge: | X | m ≥ 100 m | | |
| Eiprofilgröße (l/L): | x/x | mm/mm ≥ 500/750 mm | |

**Tabelle 2:** Erfahrung, im Dreijahreszeitraum 2018, 2019, 2020 mit Einbau und kontinuierlichem Betrieb von Nr. 3 Bypass, mit folgenden Anforderungen:

* Durchfluss ≥ 450 m³/h
* Dauer Einsatz Bypass ≥ 60 Tage

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BYPASS Nr. 1** | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Dauer Einsatz Bypass: | X | Tage ≥ 60 Tage | | |
| Durchfluss: | X | m³/h ≥ 450 m³/h | |
| **BYPASS Nr. 2** | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Dauer Einsatz Bypass: | X | Tage ≥ 60 Tage | | |
| Durchfluss: | X | m³/h ≥ 450 m³/h | | |
| **BYPASS Nr. 3** | | | | |
| Eingriffsbeschreibung: | Xxx | | | |
| Kunde: | Xxx | | | |
| Eingriffsort: | Xxx | Jahr: | Xxx | |
| Betrag: | Xxx | € | | |
| Dauer Einsatz Bypass: | X | Tage ≥ 60 Tage | | |
| Durchfluss: | X | m³/h ≥ 450 m³/h | | |

**TABELLE 3:** Besitz aller angegebenen Unternehmenszertifizierungen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZERTIFIZIERUNG EN ISO**  **14001** | | | | |
| Zertifikatsnummer: | X | | |
| Zertifizierende Stelle: | X | | |
| Ausstellungsdatum: | X | Ablaufdatum: | X |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZERTIFIZIERUNG EN ISO 45001** | | | | |
| Zertifikatsnummer: | X | | |
| Zertifizierende Stelle: | X | | |
| Ausstellungsdatum: | X | Ablaufdatum: | X |

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

Anlagen:

- Kopie eines gültigen Personalausweises