**Nr sprawy: ZP/17/2021 Załącznik nr 3 do SWZ**

**UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI**

**90-419 Łódź, Al. Kościuszki 4**

**Wykonawca:**

**………………………………………………………………………………**

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

**………………………………………………………………………………**

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Przeprowadzenie zajęć stażowych (szkolenia praktycznego) na kursie specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych” w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, realizowanego w ramach projektu: „Nowe czasy, nowe kompetencje – unikatowy program kształcenia podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla pielęgniarek i położnych w odpowiedzi na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne.”**

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp** (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………**

**Oświadczenie Wykonawcy – zał. nr 3 do SWZ musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy.**