**Nr sprawy: ZP/61/2021 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 szkolenia praktycznego odpowiadającego zakresowi części klinicznej programu stażu podyplomowego dla osób, które rozpoczęły studia w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w roku akademickim 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015, 2015/2016 oraz 2016/2017 na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym w języku innym niż język polski.**

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 lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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