|  |
| --- |
| **OR.DZP.270.10.2021.** **Nr sprawy:10/P/2021****Załącznik nr 3**  |
| Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. poz. 2019 ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp), dotyczące:PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIAORAZSPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU |

|  |
| --- |
| Przystępując do postępowania p.n. **„Pharmacovigilance - świadczenie usługi dotyczącej monitorowania bezpieczeństwa w niekomercyjnym badaniu klinicznym w ramach projektu ,,Zastosowanie terapii tandemowej LutaPol/ItraPol (177Lu/90Y-DOTATE) jako skutecznego narzędzia w leczeniu nowotworów neuroendokrynnych. Akronim: DuoNen, 2019/ABM/01/00077”.** |
| działając w imieniu Wykonawcy:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Województwo …………………………………………………………………………………………………………NIP …………………………………………………………………………………………………………(podać nazwę, adres oraz NIP Wykonawcy) |
| **Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu z postępowania i spełniam warunki udziału w postępowaniu.** |
| Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie:**Art. 109 ust. 1 pkt 1**Wykonawca, który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3, chyba że Wykonawca odpowiednio przed upływem terminu do składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo przed upływem terminu składania ofert dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności.**Art. 109 ust. 1 pkt 4**w stosunku do którego otwarto likwidację, ogłoszono upadłość, którego aktywami zarządza likwidator lub sąd, zawarł układ z wierzycielami, którego działalność gospodarcza jest zawieszona albo znajduje się on winnej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.  ………………………………………… (podpis)Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 lub spośród wymienionych z art. 109 ust. 1 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………............……………………………………………………………………………………………………………………….……….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.  ………………………………………… (podpis)Oświadczam, że spełniam, określone przez Zamawiającego, warunki udziału w postępowaniu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki udziału w postępowaniu** |
| 123 | Zamawiający wymaga, aby: Wykonawca był wpisany do jednego z rejestrów zawodowych lub handlowych prowadzonych w państwie członkowskim Unii Europejskiej, w którym posiada siedzibę. W Polsce rejestrami, o których mowa powyżej, są Krajowy Rejestr Sądowy oraz Centralna Ewidencja Informacji o Działalności Gospodarczej**.** Wykonawca posiadał doświadczenie i w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie prowadził co najmniej trzy usługi polegające na monitorowaniu działań niepożądanych w badaniach klinicznych oraz monitorował zdarzenia z badań klinicznych oraz posiadał SOP-y w tym zakresie.Wykonawca dysponował co najmniej 1 osobą „drug safty person”, która posiada min. 5-letnie doświadczenie z dziedziny pharmacovigilance w badaniach klinicznych |

 …………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.  ………………………………………… (podpis)Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.  ………………………………………… (podpis) |
| ***Oświadczenie dotyczące podwykonawców*** ***Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych moim/i podwykonawcą/ami:*** 1. ………………………………………………………….…….……………..…………………………………………………..….……………………………………..….…………………..

 1. …………………………………………………………….……………………………………………………………………..….……………………………………..….……………………

*(proszę podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)****nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.*** |
| Pieczęć Wykonawcy | Data i podpis upoważnionego przedstawicielaWykonawcy |