Załącznik nr 3 do SWZ. Oświadczenie Wykonawcy

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE****o braku podstaw do wykluczenia i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych** |

**do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na USŁUGĘ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI I CZŁONKÓW ICH RODZIN**

**znak sprawy: PK/2022-1/MW**

*nazwa i dokładny adres Wykonawcy*

Oświadczam, że:

* nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 orazart. 109 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U 2021 poz. 1129 z późn. zm.)
* spełniam określone przez Zamawiającego w SWZ warunki udziału w postępowaniu dotyczące posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej tj. posiadam zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o którym mowa w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.).

Oświadczam, że wszystkie oświadczenia i informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą.

.............................., ............................ .........................................................

Miejscowość, data podpis Wykonawcy