**Nr sprawy: ZP/45/2022**

**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 pkt 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.

**Dostawa oraz montaż szafek ubraniowych i przebieralni dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w podmiotach leczniczych na terenie Łodzi**

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 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z 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**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Dostawa oraz montaż szafek ubraniowych i przebieralni dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w podmiotach leczniczych na terenie Łodzi**

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SWZ pkt 5.3 SWZ.

**Oświadczenia musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.**