

## OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA I SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

składane na podstawie art. 125 ust.1 i art. 273 ust.2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, zwanej w dalszej części oświadczenia „ustawą”.

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym przez Uniwersytet Zielonogórski w trybie podstawowym na:**

### Świadczenie usług medycznych

Ja/My (imię i nazwisko/imiona i nazwiska):

.....  
..... \*)

reprezentując Wykonawcę (nazwa/firma i adres, a także w zależności od podmiotu: NIP,  
KRS/CEiDG):

.....  
.....  
..... \*)

\*) – należy uzupełnić

jako upoważniony/nieni do reprezentacji oświadczam/my co następuje:

### I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA:

A.

1. Oświadczam, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust.1 Ustawy.
2. Oświadczam, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust.1 ustawy, w zakresie wymaganym przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia obowiązującej w przedmiotowym postępowaniu.

B.

Oświadczam, że w stosunku do Wykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ....\*) ustawy (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych przez Zamawiającego w SWZ). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 Ustawy, podjąłem następujące środki naprawcze w celu wykazania mojej rzetelności:\*)

.....

.....

.....

.....

\*) – należy uzupełnić

## II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW:

Oświadczam/y, że Wykonawca spełnia warunki udziału w przedmiotowym postępowaniu, określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu i w Specyfikacji Warunków Zamówienia obowiązującej w przedmiotowym postępowaniu, oraz że:

### 1. Poszczególne funkcje powierzamy następującym osobom: \*)

| Imię i nazwisko | Przewidziana funkcja  | Podstawa do dysponowania osobą   |
|-----------------|-----------------------|--|
| 1               | 2                     | 3  |
| .....*)         | lekarz medycyny pracy | 1) umowa o pracę**)<br>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **)<br>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **) |
| .....*)         | lekarz medycyny pracy | 1) umowa o pracę**)<br>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **)<br>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **) |
| .....*)         | lekarz neurolog       | 1) umowa o pracę**)<br>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **)<br>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **) |
| .....*)         | lekarz okulista       | 1) umowa o pracę**)<br>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **)<br>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **) |

|                           |                   |  |
|---------------------------|-------------------|--|
| .....<br>.....<br>.....*) | lekarz laryngolog | 1) umowa o pracę**)<br>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **)<br>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **) |
|---------------------------|-------------------|--|

\*) – należy uzupełnić;

\*\*) – skreślić niepotrzebne, pozostawić właściwą treść.

**Wszystkie wyżej wymienione osoby posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie i uprawnienia.**

2. Pomieszczenia, w których będą wykonywane usługi medyczne, spełniają standardy określone w Ustawie dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 r., poz. 2219).
3. Jestem/jesteśmy wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.);
4. Jestem/jesteśmy jednostką służby medycyny pracy w rozumieniu ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 1997 r. nr 96, poz. 593 ze zm.);

### III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej ze złożenia nieprawdziwego oświadczenia, 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.
2. Oświadczam, że jestem w stanie niezwłocznie, na wezwanie Zamawiającego i we wskazanym przez niego terminie, przedstawić wszystkie dokumenty wymagane na potwierdzenie powyższych oświadczeń dotyczących braku podstaw do wykluczenia i spełniania warunków udziału w postępowaniu, których żądanie Zamawiający przewidział w Specyfikacji Warunków Zamówienia obowiązującej w przedmiotowym postępowaniu.

### IV. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTĘPNOŚCI DOKUMENTÓW:

1. Wskazuję, że następujące dokumenty wymagane na potwierdzenia złożonego oświadczenia, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania/spełniam warunki udziału w postępowaniu znajdują

się w formie elektronicznej w następujących ogólnodostępnych i bezpłatnych bazach danych, pod następującymi adresami internetowymi:

- 1) odpis z rejestru: <https://ems.ms.gov.pl>,
- 2) odpis z CEIDG: <https://prod.ceidg.gov.pl>,
- 3) .....:           www: ..... \*),
- 4) .....:           www: ..... \*),
- 5) (...) *(należy wskazać dokument i adres strony internetowej pod którym dokument jest dostępny)*

\*) – należy uzupełnić jeśli dotyczy

2. Wskazuję, że następujące dokumenty wymagane na potwierdzenia złożonego oświadczenia, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania/spełniam warunki udziału w postępowaniu znajdują się w posiadaniu Zamawiającego (Uniwersytetu Zielonogórskiego) w niżej wskazanych postępowaniach i **oświadczam, że dokumenty te są prawidłowe i aktualne:**

- 1) .....: znak sprawy: ..... \*),
- 2) .....: znak sprawy: ..... \*),
- 3) ..... itd.

*(należy wskazać dokument, który jest w posiadaniu Zamawiającego i zidentyfikować postępowanie, w którym dokument ten został złożony – w szczególności poprzez podanie znaku sprawy)*

\*) – należy uzupełnić jeśli dotyczy