



**Znak sprawy: RA-ZP.2611.33.2021**

**załącznik nr 5 do SWZ**

## **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:**

### **Przeprowadzenie szkoleń z symulacji medycznej**

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.

**Tytuł projektu:** Wieloprofilowe centrum symulacji medycznych Uniwersytetu Zielonogórskiego  
**Nr wniosku o dofinansowanie:** POWR.05.03.00-00-0002/18  
**Numer i nazwa Osi priorytetowej:** V. Wsparcie dla obszaru zdrowia  
**Numer i nazwa Działania:** 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

**Znak sprawy: RA-ZP.2611.33.2021**

**załącznik nr 5 do SWZ**

**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, w tym:

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

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Przewidziana funkcja</b>	<b>Podstawa do dysponowania osobą</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<b>Część 1</b>		
.....*)	<b>Trener w zakresie Części 1:</b> - wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie z uprawnieniami instruktorskimi w zakresie symulacji medycznej umożliwiające prowadzenie szkoleń z zakresu OSCE oraz z obszaru symulacji medycznej - minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ	1) umowa o pracę**) 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, **) 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot **)
<b>Część 2</b>		

**Tytuł projektu:** Wieloprofilowe centrum symulacji medycznych Uniwersytetu Zielonogórskiego

**Nr wniosku o dofinansowanie:** POWR.05.03.00-00-0002/18

**Numer i nazwa Osi priorytetowej:** V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

**Numer i nazwa Działania:** 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

**Znak sprawy: RA-ZP.2611.33.2021**

**załącznik nr 5 do SWZ**

.....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie umożliwiające prowadzenie szkoleń wprowadzających do symulacji medycznej dla zespołu technicznego,</li> <li>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) umowa o pracę<sup>**)</sup></li> <li>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup></li> <li>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></li> </ol>
<b>Część 3</b>		
.....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie uprawnieniami instruktorskimi w zakresie symulacji medycznej.</li> <li>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) umowa o pracę<sup>**)</sup></li> <li>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup></li> <li>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></li> </ol>
<b>Część 4</b>		
.....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie z uprawnieniami instruktorskimi w zakresie symulacji medycznej oraz scenariuszy symulacyjnych z udziałem Pacjenta Standaryzowanego.</li> <li>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) umowa o pracę<sup>**)</sup></li> <li>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup></li> <li>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></li> </ol>
<b>Część 5</b>		
.....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie z uprawnieniami instruktorskimi w zakresie symulacji medycznej umożliwiające prowadzenie szkoleń z zakresu debriefingu.</li> <li>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) umowa o pracę<sup>**)</sup></li> <li>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup></li> <li>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></li> </ol>
<b>Część 6</b>		

**Tytuł projektu:** Wieloprofilowe centrum symulacji medycznych Uniwersytetu Zielonogórskiego

**Nr wniosku o dofinansowanie:** POWR.05.03.00-00-0002/18

**Numer i nazwa Osi priorytetowej:** V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

**Numer i nazwa Działania:** 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

**Znak sprawy: RA-ZP.2611.33.2021**

**załącznik nr 5 do SWZ**

..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 6:</b></p> <p>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie z uprawnieniami instruktorskim w zakresie zaawansowanej symulacji medycznej i scenariuszy symulacyjnych – Anestezjologia i Intensywna Terapia,</p> <p>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></p>	<p>1) umowa o pracę**)</p> <p>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,**)</p> <p>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot**)</p>
<b>Część 7</b>		
..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 7:</b></p> <p>- wykształcenie wyższe medyczne oraz min. 1 certyfikat/zaświadczenie z uprawnieniami instruktorskimi w zakresie zaawansowanej symulacji medycznej i scenariuszy symulacyjnych w środowisku pediatrycznym,</p> <p>- minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i></p>	<p>1) umowa o pracę**)</p> <p>2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,**)</p> <p>3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot**)</p>

\*) – należy uzupełnić; jeśli Wykonawca powierza wykonanie funkcji więcej niż jednej osobie w danej Części, musi wpisać nazwiska i imiona wszystkich tych osób,

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

**Wszystkie wyżej wymienione osoby posiadają wymagane przez Zamawiającego wykształcenie i doświadczenie.**

- a) jeśli Wykonawca umieścił w wykazie w pkt. 1 osoby/zasoby udostępnione przez inny podmiot, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, że będzie dysponował tymi niezbędnymi osobami w trakcie realizacji przedmiotowego zamówienia – wraz z ofertą Wykonawca zobowiązany jest złożyć Zamawiającemu zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji tego zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że wykonawca realizując zamówienie będzie dysponował niezbędnymi zasobami tego podmiotu (zgodnie z treścią pkt. IX SWZ i art. 118 Ustawy),
- b) w odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, jeśli podmioty te wykonują prace, do realizacji których te zdolności są wymagane,
- c) w sytuacji określonej w lit. a) Wykonawca musi, wraz z ofertą, złożyć również oświadczenia dotyczące podstaw do wykluczenia i spełniania warunków udziału w postępowaniu (na niniejszym formularzu), odrębnie wypełnione i podpisane przez każdy z podmiotów udostępniających mu zasoby; Oświadczenie to każdy z tych podmiotów wypełnia w pełnym zakresie, z tym jednak, że w zakresie spełniania warunków dany podmiot wypełnia je tylko w zakresie tych warunków, w których udostępnia swoje zasoby Wykonawcy. (zgodnie z treścią pkt XII SWZ i art. 125 Ustawy)

**Tytuł projektu:** Wieloprofilowe centrum symulacji medycznych Uniwersytetu Zielonogórskiego

**Nr wniosku o dofinansowanie:** POWR.05.03.00-00-0002/18

**Numer i nazwa Osi priorytetowej:** V. Wsparcie dla obszaru zdrowia

**Numer i nazwa Działania:** 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

### 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