



**Znak sprawy: RA-ZP.2611.30.2022**

**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 cyklu 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.
3. Oświadczam, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**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.2611.30.2022**

**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:

Imię i nazwisko	Przewidziana funkcja	Podstawa do dysponowania osobą
1	2	3
<b>Część 1</b>		
.....*)	<b>Trener w zakresie Części 1:</b> a) Wykształcenie wyższe, b) Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie symulacji medycznej w obszarze obsługi i sterowania symulatorami i systemami AV. c) 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>		
.....*)	<b>Trener w zakresie Części 2:</b> a) Wykształcenie wyższe medyczne, b) Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie zaawansowanej symulacji medycznej w zakresie OSCE. c) 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 3</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.2611.30.2022

załącznik nr 5 do SWZ

..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 3:</b> a)Wykształcenie wyższe, b)Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie obsługi i sterowania symulatorami oraz systemem do debriefingu. c)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<sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></p>
<b>Część 4</b>		
..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 4:</b> a)Wykształcenie wyższe medyczne, b)Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie symulacji medycznej i scenariuszy klinicznych, c)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<sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></p>
<b>Część 5</b>		
..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 5:</b> a)Wykształcenie wyższe medyczne, b)Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie symulacji medycznej, umożliwiające prowadzenie szkoleń w środowisku Ginekologii i Położnictwa. c)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<sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></p>
<b>Część 6</b>		
..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 6:</b> a)Wykształcenie wyższe, b)Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie symulacji medycznej z zakresu debriefingu. c)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<sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></p>
<b>Część 7</b>		
..... ..... .....*)	<p><b>Trener w zakresie Części 7:</b> a)Wykształcenie wyższe medyczne, b)Certyfikat/zaświadczenie poświadczające ukończenie szkolenia z zakresu symulacji medycznej. c)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<sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą,<sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot<sup>**)</sup></p>

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.2611.30.2022

załącznik nr 5 do SWZ

<b>Część 8</b>		
	<b>Trener w zakresie Części 8:</b> a) Wykształcenie wyższe, b) Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie obsługi i sterowania symulatorami, systemami AV. c) Minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i>	1) umowa o pracę <sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, <sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot <sup>**)</sup>
	<b>Trener w zakresie Części 9:</b> a) Wykształcenie wyższe medyczne, b) Certyfikat/zaświadczenie poświadczający ukończenie szkolenia w zakresie symulacji medycznej i scenariuszy klinicznych. c) Minimum dwuletnie doświadczenie z zakresu przeprowadzania szkoleń/kursów w obszarze symulacji medycznej. – <i>zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w pkt. X.4.1) SWZ</i>	1) umowa o pracę <sup>**)</sup> 2) inna umowa pomiędzy wskazaną osobą a Wykonawcą, <sup>**)</sup> 3) osoba udostępniana jest przez inny podmiot <sup>**)</sup>

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

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

**Wszystkie wyżej wymienione osoby posiadają wymagane przez Zamawiającego 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 udostępni swoje zasoby Wykonawcy. (zgodnie z treścią pkt XII SWZ i art. 125 Ustawy)

### 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.

**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.2611.30.2022**

**załącznik nr 5 do SWZ**

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

**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