Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego

 Znak sprawy : DAG/ZO/14/04/21

………………………………

 (miejscowość, data)

### OZNACZENIE WYKONAWCY:

### Firma / nazwa : ……………………………………………………………………………………………..................

Adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………………………… Adres do doręczeń: ……………………………………………………………………………………………………………….

### NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: …………………………………………………………………………………………………………………………

### Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………

Strona internetowa: ………………………………………………………………………………………………………………...

Adres poczty e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………..

Adres skrzynki ePUAP: ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr rachunku bankowego: …………………………………………………………………………………………………………...

Nazwy i Adresy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia: \*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Do: Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna**

 **im. ks. Bronisława Markiewicza**

**w Jarosławiu, ul. Czarnieckiego 16**

**37-500 Jarosław**

**NIP – 7921794406, REGON – 650894385**

**OŚWIADCZENIE**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe pod nazwą :

Zorganizowanie i przeprowadzenie kursów specjalistycznych i dokształcających wraz z egzaminem dla kadry dydaktycznej IOZ (pielęgniarek/położnych) realizowanych w okresie 2021 i 2022 roku, projektu „Pielęgniarstwo i położnictwo - kompetencje zamawiane”

w ramach realizowanego projektu pn.:

„Pielęgniarstwo i położnictwo - kompetencje zamawiane” — Realizacja Programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków nr POWR.05.03.00-IP.05-00-002/15 w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oświadczam, że jako Wykonawca:

1. **Nie podlegam wykluczeniu z postępowania.**
2. **Spełniam warunki udziału w postępowaniu.**

…………………………………………...

 ( Miejscowość, data )

 ……………………………………………………….

 ( Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentacji podmiotu )

\* niepotrzebne skreślić