Załącznik nr 2 - Wykaz usług

**WYKAZ USŁUG**

Wykaz zamówień podobnych do przedmiotu zamówienia zrealizowanych w ciągu ostatnich 3 lat.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis pracy podobnej**(należy wskazać zakres świadczenia w odniesieniu do wymagań określonych w ogłoszeniu o zamówieniu) | **Zamawiający**(nazwa i adres) | **Termin realizacji**(od – do) | **Wartość zamówienia netto w EUR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 …………………………………………………………………
 *podpis osoby upoważnionej*

Załącznik nr 3

...................., dnia .............

1. **Oświadczenie Sankcyjne:**

- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę *oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.*

1. **Oświadczenie o braku powiązania kapitałowo – osobowego:** \*

Oświadczam, że nie jestem podmiotem powiązanym z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu lub osobami upoważnionymi do zaciągnięcia zobowiązań w imieniu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu lub osobami wykonującymi w imieniu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu czynności związane z przygotowywaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IŻ PO;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 .................................

 (podpis osoby uprawnionej)