

---

(nazwa firmy)

---

(miejsowość, data)

**Wojskowy Ośrodek Farmacji  
i Techniki Medycznej  
ul. Wojska Polskiego 57  
05-430 Celestynów**

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że oferowany asortyment w zakresie pozycji nr .....(należy wskazać numery pozycji) stanowi wyrób medyczny oraz jestem w posiadaniu prawidłowej i aktualnej deklaracji zgodności CE wystawionej dla tego produktu, a w przypadku wyrobów medycznych klasy I – wyroby sterylne, klasy I – wyroby z funkcją pomiarową, klasy I – z funkcją pomiarową sterylne, klasy IIa, klasy IIb oraz klasy III - jestem w posiadaniu prawidłowego i aktualnego certyfikatu CE obejmującego ten produkt.

Oświadczam, że oferowany asortyment w zakresie pozycji nr ... .....(należy wskazać numery pozycji) nie stanowi wyrobu medycznego.

Podpisano:

.....

*(podpis elektroniczny kwalifikowany/zaufany/osobisty)*