

Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA
ul. Kańsko 1,
78-520 Złocieniec**

Wykonawca:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

OŚWIADCZENIE

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawę leków i opatrunków**, prowadzonego przez SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocińcu oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że posiadam świadectwa rejestracji dla oferowanych produktów z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu zgodnie z obowiązującym Prawem Farmaceutycznym (tekst jedn. Dz. U. z 2019 poz. 499 z późn. zm.) i udostępnię/my je na każde wezwanie Zamawiającego.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kk.