**DZP/PN/38/2025 Załącznik nr 9 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1)**

**w zakresie przedmiotowego środka dowodowego**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa środków kontrastowych do badań diagnostycznych MR i TK dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Zawierciu** oświadczam, że:

zaoferowany produkt posiada kartę charakterystyki produktu leczniczego potwierdzającą wymogi określone przez Zamawiającego w przypadku jeśli preparat jest zarejestrowany jako lek, a ponadto jestem gotowy w każdej chwili na żądanie Zamawiającego potwierdzić to poprzez przesłanie odpowiedniej dokumentacji.

1. [↑](#footnote-ref-1)