Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający:**

Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

w celu potwierdzenia zgodności oferowanych dostaw z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia

*(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Zakup i dostawa toru wizyjnego 4K ICG z zestawem narzędzi laparoskopowych dla Powiatowego Zespołu Szpitali.” PZS/TP/13/2024** prowadzonego przez Powiatowy Zespół Szpitali ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica*,* oświadczam, że zaoferowany produkt jest dopuszczony do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022.974 ze zm.) i posiada stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo.