**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……….

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……….

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

Regon: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ NIP: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

W imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję:

1. Oświadczam, że oferowane:

- w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**

- w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**

- w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;** - w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**- w **Zadaniu ………;**

**itd.**

1. Wyroby medyczne, w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych dopuszczone są do obrotu i stosowania na terenie RP (dotyczy wszystkich wyspecyfikowanych w „Formularzu cenowym” pozycji przedmiotu zamówienia), i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy \* dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.

1. Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia, w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń / dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie.
2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień złożenia i są zgodne   
   z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.
3. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej   
   z art. 297 kodeksu karnego.

………………………….………………………

Niniejszy formularz należy opatrzyć

kwalifikowanym podpisem elektronicznym