**Załącznik nr 11 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

**Dostawa bielizny pościelowej szpitalnej, poduszek szpitalnych, kocy szpitalnych, odzieży roboczej dla pracowników szpitala, fartuchów, koszul szpitalnych, obuwia roboczego, materaców na łóżka szpitalne i odzieży ochrony radiologicznej**

prowadzonego przez Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że oferowane wyroby są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie RP.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)* …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)* …………………………………………

*(podpis)*