**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE WYMAGAŃ W ZAKRESIE OFEROWANYCH DOSTAW**

**składane na podstawie art. 106 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2019r. poz. 2019 ze zm. dalej jako: ustawa Pzp**

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 dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w  Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w Ogłoszeniu o zamówieniu.

…………….……. 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)*