**Nr sprawy 2/D/25**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykonawca (pełna nazwa/firma)*** |  |
| ***Adres Wykonawcy*** |  |
| ***NIP/PESEL (w zależności od podmiotu)*** |  |
| ***KRS/CEiDG*** |  |
| ***Reprezentowany przez (imię,nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*** |  |

 **Oświadczamy, że:**

* **oferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do stosowania w placówkach służby zdrowia stosownie do zapisów Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Dz.U.2024.1620 z póź. zm.)**
* **oferowany asortyment posiada znak CE (Certyfikat CE).**
* **zaoferowane produkty spełniają wymagania określone szczegółowo w załącznikach do SWZ – dotyczy pakietów 1 - 3**

**Jednocześnie oświadczamy, że w/w dokumenty na żądanie Zamawiającego zostaną udostępnione w terminie 3 dni od otrzymania przez Wykonawcę pisemnego wezwania.**

*\*Niepotrzebne skreślić*