**Załącznik nr 6 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o klasie medycznej zaoferowanego asortymentu w Załączniku nr 2**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**”** **Zakup i dostawa sprzętu jednorazowego użytku, opatrunków i pieluchomajtek”**

Numer postępowania: **TP 2/2025**

Nazwa Wykonawcy ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy ....................................................................................................................

**Oświadczam, że zaoferowany asortyment w Pakiecie ………….. posiada klasę medyczną zgodnie** z Rozporządzeniem **(UE) 2017/745 dotyczącym wyrobów medycznych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pozycja asortymentowa nr** | **nazwa handlowa/numer katalogowy/lub asortymentowy/nazwa producenta - Zgodna z Załącznikiem nr 2** | **Klasa medyczna i reguła według której została sklasyfikowana** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |