**Załącznik nr 10 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE**

**o złożonej próbce**

Oświadczam, że asortyment zaoferowany w zakresie pozycji nr ………… (należy wskazać numer pozycji) jest tożsamy pod względem nazwy handlowej, producenta, numeru REF, numeru serii i daty ważności z opatrunkiem, który był przedmiotem naszej oferty złożonej w postępowaniu nr WOFiTM/…../2025/…. i pozytywnie przeszedł procedurę badania próbek.

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany*)