**Nr sprawy 19/D/25**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

* **Oświadczamy, iż 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. 2024 poz. 1620 z póź. zm.)**
* **Oświadczamy, że oferowany asortyment posiada znak CE (Certyfikat CE)**

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

**Ponadto oświadczamy, że zaoferowane produkty:**

**spełniają wymagania dodatkowe określone szczegółowo w załącznikach do SWZ.**

*\*Niepotrzebne skreślić*