**Nr sprawy 37/D/25**

**Załącznik nr 5 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, 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)**
* **oferowany asortyment posiada znak CE (Certyfikat CE).**
* **zaoferowane produkty spełniają wymagania określone szczegółowo w załącznikach do SWZ – dotyczy pakietów 1 - 6**