

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy

Adres siedziby Wykonawcy.....

BĘDĄC NALEŻYCIEM UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA

na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego na: Dostawa narzędzi chirurgicznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej, OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

(* OŚWIADCZAM, że oferowane wyroby są wyrobami dopuszczonymi do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia **7 kwietnia 2022 r.** o wyrobach medycznych oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017r (MDR).

Jednocześnie zobowiązuje się okazać potwierdzone - za zgodność z oryginałem - kserokopie dokumentów potwierdzający, iż oferowany wyrób spełnia wymagania w/w aktów prawnych tj. certyfikat wystawiony przez jednostkę notyfikowaną oraz deklarację zgodności producenta lub dokument potwierdzający dokonanie zgłoszenia wyrobu do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zwanego dalej Prezesem Urzędu, lub dokument potwierdzający dokonanie powiadomienia Prezesa Urzędu o wprowadzeniu na terytorium RP wyrobu przeznaczonego do używania na tym terytorium, na każde żądanie Zamawiającego - zarówno na etapie badania i oceny ofert a także w trakcie trwania Umowy.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... <i>Data, miejscowość,</i> <i>Podpis(y)*</i>
------------------------------------	----------------------------

** W przypadku składania oferty pisemnie: <dokument winien zostać podpisany przez osobę/osoby uprawnioną/-ych do reprezentacji Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia>*



**W przypadku składania oferty drogą elektroniczną: <dokument należy sporządzić w formie elektronicznej i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentacji Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia >*

UWAGA:

Niniejsze oświadczenie składa Wykonawca, wraz z ofertą.

Jeżeli Wykonawca nie złożył niniejszego oświadczenia lub złożone będzie niekompletne, Zamawiający wezwie do złożenia lub uzupełnienia go w wyznaczonym terminie.

Uwaga () niepotrzebne skreślić lub wypełnić odpowiednio*

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej			 ISO 9001 I-I-C. (Certification)	 CERTYFIKAT 2018/2
32-700, Bochnia ul. Krakowska 31 REGON: 000304349 BDO: 000039566	NIP: 868-16-04-021 Centrala, tel.: (14) 615-34-00 Sekretariat, tel.: (14) 615-32-01	Fax: (14) 615-32-02 Strona www: www.szpital-bochnia.pl E-mail: administracja@szpital-bochnia.pl		
Rachunek bieżący (podstawowy): 26 1600 1462 1747 6563 3000 0001				
Nawiązki sądowe: 31 1600 1462 1747 6563 3000 0008				
Strona 1 z 1				