

**ASCLEPIOS S.A.**  
**ul. Hubska 44**  
**50-502 Wrocław**  
Dane Wykonawcy

Zamawiający:  
**ŚWIETOKRZYSKIE CENTRUM**  
**PSYCHIATRII**  
**W MORAWICY**  
**26-026 MORAWICA**  
**ul. SPACEROWA 5**

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, w imieniu firmy **ASCLEPIOS S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul.Hubskiej 44**, że

oferowany przedmiot zamówienia posiada:

- pozwolenie na wprowadzenie do obrotu produktu leczniczego wydane przez Ministra Zdrowia– zgodnie z Ustawą z dnia 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.).

Ww. dokumenty zostaną przedstawione Zamawiającemu na każde wezwanie.

Wrocław, dnia 22.05.2023r.

**Małgorzata Budzinska – Kierownik Działu Przetargów**

(podpis kwalifikowany osoby/osób uprawnionych)