Załącznik nr 5

do SWZ PN 1/2024

**Wykonawca**

………………………………………………………………………………

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

**Reprezentowany przez:**

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania prowadzonego pn.:

**„Dostawa leków z podziałem na 12 zadań ” PN 1/2024**

Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie **produkty lecznicze będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy** świadectwa dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt leczniczy zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2020.944 ze zm.).

Na żądanie Zamawiającego, w trakcie realizacji umowy, udostępnimy aktualne świadectwo dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt leczniczy w terminie 3 dni **roboczych** od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem możliwości naliczania kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.”

…………………………………………..…………………………

*Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy*

*(kwalifikowany podpis elektroniczny)*