**Załącznik Nr 1 D do SWZ/ZP/TP – 20/2023**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**ul. 3 Maja 2**

**87 – 500 Rypin**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………..……...

………………………………………………..……...

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

…..…………………………………………………...

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

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

 o posiadaniu deklaracji CE , zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych

Prawo zamówień publicznych, dotyczące

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Dzierżawa analizatorów z odczynnikami laboratoryjnymi**

**i zakup odczynników, testów oraz systemu próżniowego i drobnego sprzętu laboratoryjnego**

prowadzonym przez SP ZOZ w Rypinie

Oświadczam, że .………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

……...……………………………………………

*kwalifikowany podpis elektroniczny,*

*podpis zaufany lub podpis osobisty*

*osoby/ osób/ upoważnionej/ych*