FZP.IV-241/55/24

Załącznik nr 9 do SWZ

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie podstawowym pod hasłem:

**DROBNE WYROBY MEDYCZNE DLA APTEKI SZPITALNEJ**

*oświadczam, że:*

oferowane wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Polski, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych

|  |
| --- |
| ***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* |

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym.***