# **Załącznik nr 4 do SIWZ**

## **Oświadczenie dot. wyrobów medycznych**

............................................................

*(nazwa i adres firmy Wykonawcy)*

***Dotyczy:. ŚWIADCZENIE USŁUG PRZEGLĄDÓW I KONSERWACJI URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH ORAZ WYKONANIE TESTÓW SPECJALISTYCZNYCH APARATÓW RTG W WOJEWÓDZKIM CENTRUM SZPITALNYM KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ I W JEDNOSTKACH ZAMIEJSCOWYCH WCSKJ WRAZ Z WYMIANĄ MATERIAŁÓW EKSPLOATACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH DO WYMIANY W RAMACH PRZEGLĄDÓW
I KONSERWACJI PRZEZ PRODUCENTA SPRZĘTU W CELU DOPUSZCZENIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO DALSZEGO UŻYTKOWANIA. ZNAK SPRAWY: ZP/PN/46/11/2019***

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że części zużywalne (wyrób medyczny) niezbędne do wykonania usługi , będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu (w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy), Formularz Powiadomienia/ Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych – t.j. Dz. U. z 2019, poz. 175).

Na żądanie Zamawiającego, w trakcie realizacji umowy, udostępnimy Deklarację Zgodności wydaną przez producenta oraz Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) wydany przez jednostkę notyfikacyjną, Formularz Powiadomienia/ Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych – t.j. Dz. U. 2019, poz. 175) w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy.

*………………………………………………*

*(miejscowość, data)*