**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………

………………………….

**Zamawiający:**

**Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.**

**Ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

**OŚWIADCZENIE, ŻE OFEROWANE DOSTAWY**

**ODPOWIADAJĄ WYMAGANIOM ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na **Dostawę Środków dezynfekcyjnych w Grupach 1-6 dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie** (nr post. PCZ/II-ZP/07/2023), w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy **(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)**:

* **Oświadczam**, że:
* wszystkie produkty zakwalifikowane jako wyroby medyczne posiadają dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą z 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974 – t.j. ze zm.). oraz być oznakowane zgodnie z przepisami *(jeżeli dotyczy),*
* środki dezynfekcyjne są zakwalifikowane do grupy produktów biobójczych zgodnie z ustawą z dnia 09.10.2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 24 ze zmianami) *(jeżeli dotyczy),*
* wszystkie produkty zakwalifikowane jako produkty lecznicze posiadają aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i charakterystyki oferowanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 06.09.2021 r. prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301, z 2023 r. poz. 605, 650 ze zmianami) *(jeżeli dotyczy),*
* wszystkie preparaty zakwalifikowane do grupy kosmetyków są wprowadzone do obrotu zgodnie z ustawą z dnia 04.10.2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 2227 ze zmianami) *(jeżeli dotyczy).*
* **Oświadczam,** że oferowany w przetargu asortyment jest dopuszczony do obrotu na terenie RP, tj. spełnia właściwe dla każdego z nich wymogi jakościowe, dopuszczające oferowane produkty do obrotu i stosowania w jednostkach ochrony zdrowia na terenie RP oraz, że na żądanie Zamawiającego dostarczy odpowiednie dokumenty potwierdzające ich spełnianie.
* **Oświadczam,** że posiadam pozytywną opinię dystrybutora endoskopów elastycznych firmy PENTAX – dotyczy Gr. 2 poz.2 i 3.
* **Oświadczam,** że przedmiot zamówienia spełnia wymagane przez Zamawiającego normy, zakresy, spektrum i czasy działania środka i występowania wymaganych związków aktywnych proponowanych środków - jeżeli dotyczy.
* **~~Oświadczam,~~** ~~że posiadam pozytywną opinię kliniczną IMiD- dotyczy Grupy 6, poz. 1,2 i 13~~. **Oświadczam, że posiadam pozytywną opinię Instytutu Matki i Dziecka, bądź innej równoważnej jednostki lub posiadam pozytywną opinię kliniczną upoważnionej instytucji, która wykonuje badania kliniczne potwierdzające możliwość stosowania w oddziale pediatrycznym lub noworodkowym - dotyczy Grupy 6, poz. 1,2 i 13.**
* **Oświadczam**, że oferowany w w/w postępowaniu asortyment spełnia właściwe dla każdego z nich wymogi jakościowe określone w Załączniku nr 2 do SWZ i na każde wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty potwierdzające zgodność asortymentu z wymaganiami Zamawiającego.

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 przedstawieniu informacji.

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**