**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Nr sprawy 1/D/24**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykonawca (pełna nazwa/firma)*** |  |
| ***Adres Wykonawcy*** |  |
| ***NIP/PESEL (w zależności od podmiotu)*** |  |
| ***KRS/CEiDG*** |  |
| ***Reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*** |  |

* **Oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę specjalistycznego sprzętu medycznego dla potrzeb Pracowni elektrofizjologii jest dopuszczony do stosowania w placówkach służby zdrowia stosownie do zapisów Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 z póź. zm.)**
* **Oświadczamy, że oferowany asortyment posiada znak CE (Certyfikat CE).**

*Jednocześnie oświadczamy, że w/w dokumenty na żądanie Zamawiającego zostaną udostępnione w terminie 3 dni od otrzymania przez Wykonawcę pisemnego wezwania.*