**PCZ/II-ZP/11/2021 Załącznik nr 5 do SWZ**

…………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę LEKÓW w Grupach 1-13, dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę Leków w grupach 1-13, dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, oświadczamy, że:

1. do wykonania przedmiotu zamówienia użyję produktów posiadających świadectwa dopuszczające do obrotu na terenie RP,
2. przedmiot zamówienia spełnia wymagania polskich i europejskich norm
3. na każde żądanie Zamawiającego przedstawimy poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie pozwoleń / świadectw / zgłoszeń w terminie do 3 dni od daty wezwania.

(Podpis elektroniczny)