**PCZ/II-ZP/10/2023**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

…………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę LEKÓW w Grupach 1-15, dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę Leków w grupach 1-15, dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, oświadczamy, że:

1. oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego opisane w Specyfikacji Warunków Zamówienia
2. do wykonania przedmiotu zamówienia użyję produktów posiadających aktualne świadectwa rejestracji dopuszczające do obrotu na terenie RP,
3. przedmiot zamówienia spełnia wymagania polskich i europejskich norm
4. na każde żądanie Zamawiającego przedstawimy na potwierdzenie wymagań Zamawiającego dokumenty/ pozwolenia / świadectwa / zgłoszenia w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

(Podpis elektroniczny)