**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

………………………………...…………………………………………………………..……..……………… *(Nazwa Wykonawcy)*

………………………………...…………………………………………………………..……..……………… *(Adres Wykonawcy)*

Numer telefonu: ……….…….……..… Numer faxu / adres e-mail: …………….…..…………..

Regon: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ NIP: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

W imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję oświadczam, że oferowane\* w Zadaniu ………………..poz. ……. produkty lecznicze, w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy \*\* dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt,

Każdorazowo na pisemne żądanie Zamawiającego, zobowiązujemy się udostępnić ww. dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania, w terminie określonym w żądaniu.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania oświadczenia   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

……………... *(miejscowość)*, dnia ………………

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

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*