

**Wykonawca:**

MIP Pharma Polska Sp. z o.o.  
Ul. Orzechowa 5, 80-175 Gdańsk  
NIP 5262627553  
KRS 0000044185

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)  
reprezentowany przez:

Joannę Rokita- pracownika- pełnomocnictwo

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE (wzór)**

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pn.:  
**„Dostawa antybiotyków i heparyn”, nr postępowania 13/ZP/2023**

Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego opisane w SWZ, posiada ważne dokumenty zgodnie z pkt 1 OPZ - stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ oraz zobowiązuję/zobowiązujemy się, że na każde żądanie Zamawiającego, przedstawic dokumenty potwierdzające to oświadczenie.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.