

Wykonawca:

MIP Pharma Polska Sp. z o.o.
Ul. Orzechowa 5, 80-175 Gdańsk
NIP5262627553 KRS0000044185

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

reprezentowany przez:

Joannę Rokita-pracownika-pełnomocnictwo

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

O Ś W I A D C Z E N I E W Y K O N A W C Y

(wzór)

Składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pn.:
„Dostawa leków do apteki szpitalnej”, nr postępowania 1/ZP/2025

Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia **spełnia wymagania** Zamawiającego, **posiada ważne dokumenty** wskazane w SWZ oraz zobowiązuję/zobowiązujemy się, że na każde żądanie Zamawiającego niezwłocznie przedstawię/przedstawimy 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.