*Załącznik nr 5 do SWZ*

/nazwa firmy/

pieczęć wykonawcy

**Dostawa komplementarnego systemu do leczenia złamań i spondyloz kręgosłupa dla SPZZOZ w Gryficach**

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

niżej podpisani

..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres wykonawcy) ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczamy, że: oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada aktualne pozwolenia na dopuszczenie do obrotu i używania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, oraz potwierdzamy gotowość do ich udostępnienia na żądanie Zamawiającego.

…………………………….. ……..………………………………………………..……………………………

*(miejscowość, data)*  *(Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej, opatrzony   
 kwalifikowalnym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub   
 podpisem osobistym)*