Załącznik nr 9 do SWZ

**Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o. o.**

ul. Jana Pawła II 68

95-200 Pabianice

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

/nazwa i adres Wykonawcy/

województwo: ...........................

REGON: ...................................

NIP: ..........................................

Tel./fax.: ....................................

e-mail: .....................

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia w postępowaniu: **„Dzierżawa analizatora hematologicznego wraz z sukcesywną dostawą odczynników na potrzeby PCM Sp. z o.o.”,44/ZP/TP1/D/24**, jest zgodny z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2022 poz. 974 ze zm.) oraz dopuszczony do obrotu i stosowania w służbie zdrowia lub stosowne oświadczenie iż do danego produktu nie stosuje się przepisów ww. ustawy. Na każde żądnie zamawiającego wykonawca zobligowany jest do przedłożenia aktualnych kopii dokumentów świadczących o wymaganym dopuszczeniu do obrotu i stosowania w Polsce

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

(miejsce i data złożenia oświadczenia)

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

*Dokument w postaci elektronicznej powinien*

*być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

*osób uprawnionych do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*