Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego nr 123/2024

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**WOJSKOWY OŚRODEK FARMACJI**

 **I TECHNIKI MEDYCZNEJ**

 ul. Wojska Polskiego 57

 05-430 Celestynów

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania Wykonawcy:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(nazwa Wykonawcy)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(adres siedziby Wykonawcy)*

uczestnicząc w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego prowadzonego z wyłączeniem przepisów ustawy Pzp w związku z art. 2 ust. 1 pkt 1 ze względu na wartość zamówienia nie przekraczającą 130 000 złotych netto oraz na podstawie wewnętrznych regulaminów WOFiTM na: „Dostawa asortymentu medycznego” – zapytanie ofertowe nr 123/2024, oświadczam,
że zaoferowany przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i gotowy, wyprodukowany
po 01.01.2024 r., kompletny oraz będzie gotowy do użytku zgodnie z instrukcją użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ponadto oświadczam, że w okresie gwarancji, która wynosi ….... miesiące koszty wymaganych przeglądów serwisowych oraz bezpłatny serwis gwarancyjny zostały wliczone w cenę mojej oferty. Zapewniam, że czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia naprawy będzie wynosił max 72 h, czas diagnozy i naprawy na terenie Polski - nie dłuższy niż 7 dni roboczych. W przypadku wydłużenia czasu naprawy powyżej 21 dni roboczych wyrób zastępczy o parametrach równoważnych z naprawianym. Dopuszcza się trzy naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu w okresie gwarancji. W przypadku czwartej usterki tego samego elementu lub podzespołu, element lub podzespół zostanie wymieniony na nowy. W przypadku braku technicznej możliwości wymiany samego podzespołu na nowe zostanie wymienione cale urządzenie w terminie do 7 dni roboczych.

**Jednocześnie oświadczam, iż świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.**

Oświadczenie podpisali

 *(Imię i nazwisko)*