ZPZ-43/10/24

 **Załącznik nr 8 do SWZ**

**Wykonawca:**

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

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

 (pełna nazwa/firma, adres)

 **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam/-y, że **posiadam/-y określone przez producenta Varian Medical Systems instrukcje serwisowe dla sprzętu/ aparatury :**

1) Akcelerator VitalBeam s/n H193356

2) Akcelerator TrueBeam s/n H194556;

3) Akcelerator TrueBeam s/n H196153;

4) System RPM s/n H507312;

5) System RGSC s/n HGS2843.

….…………………………………



*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*