ZPO/2/2023 Załącznik nr 8 do zapytania ofertowego

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa: …………………………………………

Adres: ………………………………………………..

Tel.: ………………………………………………….

Adres email: ………………………………………….

NIP …………………………………………………...

REGON ………………………………………………

KRS/nr ewidencyjny …………………………………

**Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu uprawnień niezbędnych do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania - posiadają zezwolenia na prowadzenie działalności uprawniającej do obrotu produktami leczniczymi zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2301)**

Dotyczy zamówienia:

**Sukcesywna dostawa produktów leczniczych (leków) do Działu Farmacji Szpitalnej   
w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Ostrołęce.**

Niniejszym oświadczam, że firma …………………………………………………… posiada **uprawnienia niezbędne do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania - posiadają zezwolenia na prowadzenie działalności uprawniającej do obrotu produktami leczniczymi zgodnie   
z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2301).**

***…………………………………………..***

pieczątki i podpis osoby upoważnionej/osób upoważnionych

……………………………………………………..

Miejscowość, data