Załącznik nr 4 do SWZ

ZP/05/2023

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy

…………………………………………… z Przychodnią SPZOZ,

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

……………………………………………

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ***pn. Leki, znak sprawy ZP/05/2023*** oświadczamy, że wszystkie oferowane wyroby zaproponowane w postępowaniu posiadają wszelkie niezbędne atesty i świadectwa rejestracji zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.) aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy i  zobowiązujemy się do ich przedstawienia na każde wezwanie Zamawiającego.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

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

1 kwalifikowany podpis elektroniczny