



**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

---

**Załącznik nr 3**

..... ,  
(pieczęć Dostawcy)

### **OŚWIADCZENIE**

dotyczące dopuszczenia do obrotu oferowanego wyrobu medycznego

Składając ofertę do zaproszenia na dostawę rękawiczek nitrylowych diagnostycznych dla ZZOZ w Wadowicach, znak: ZP.26.2.17.2021, w zakresie .....,  
oświadczam, że zaoferowany wyrób medyczny w Formularzu asortymentowo-cenowym dopuszczony jest do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polski i na potwierdzenie powyższego posiadam ważne dokumenty zgodnie z obowiązującym prawem oraz zobowiązuję się je dostarczyć w trakcie realizacji umowy na każde żądanie Zamawiającego, w terminie do 5 dni od daty otrzymania pisemnego wezwania.

*Jednocześnie stwierdzam, iż świadom(a) jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.*

..... ,  
(miejsowość, data)

..... ,  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Dostawcy)