**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/825/104/21**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRODUKTÓW LECZNICZYCH - ZMIANA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawy produktów leczniczych i innych**

prowadzonego przez Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że oferowane w **Zadaniu ………… poz. …….** produkty lecznicze, w rozumieniu ustawy Prawo farmaceutyczne są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt (dotyczy wszystkich zadań za wyjątkiem : Zadania 16 poz.2, Zadania 44 poz.13, ***Zadania 47 poz.1***, Zadania 86 poz.14, Zadania 87 poz. 1,3,4,5, Zadania 88, Zadania 91,Zadania 92, Zadania 94, Zadania 96, Zadania 98, Zadania 100, Zadania 103, Zadanie 107).

Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia,
w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

 *(podpis)*