Załącznik nr 4 do SWZ

Znak: ZP/L/10/24

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie komputerowo poszczególnych tabel**

|  |
| --- |
| **Nazwa Wykonawcy**:  **Adres**: |

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU DOKUMENTÓW**

**Niniejszym oświadczam, że**:

oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego opisane w Specyfikacji Warunków Zamówienia i posiada dokumentypotwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 686) i przepisami wykonawczymi w zakresie pakietu ***(podać numery pakietów)***

|  |
| --- |
|  |

oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego opisane w Specyfikacji Warunków Zamówienia i posiada dokumentypotwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2022 poz. 974) i przepisami wykonawczymi w zakresie pakietu ***(podać numery pakietów)***

|  |
| --- |
|  |

zaoferowane produkty są dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów   
w zakresie pakietu ***(podać numery pakietów i poszczególne pozycje)***

|  |
| --- |
|  |

**Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających powyższe na każde wezwanie Zamawiającego w wyznaczonym przez niego terminie**.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***