

Zamawiający:

SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY
IM.DR. LUDWIKA BŁAŻKA W
INOWROCŁAWIU
ul.Poznańska 97
88-100 INOWROCŁAW

(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

Getinge Polska Sp. z o.o.

Ul. Żwirki i Wigury 18

02-092 Warszawa

NIP 113-10-80-431

Regon 012328754

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

reprezentowany przez:

Małgorzata Chmielewska

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

Oświadczenia wykonawcy/

Firma Getinge Polska oświadczam, iż:

- 1) Oferuje termin ważności przedmiotu zamówienia (minimum 12 miesięcy),
- 2) posiada wpis lub zgłoszenia do Rejestru Wyrobów Medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i używania
- 3) posiada Deklarację zgodności CE producenta (dotyczy wszystkich klas wyrobu medycznego)
- 4) posiada Certyfikat jednostki notyfikowanej (nie dotyczy klasy wyrobu I)
- 5) posiada ulotki w j. polskim dot. wszystkich zaoferowanych pozycji w pakiecie potwierdzające wymagane przez Zamawiającego parametry

.....

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny