**Załącznik nr 9 do SWZ**

(Składany wraz z ofertą**)**

**Oznaczenie sprawy: 16/2021**

**Zamawiający:**

**Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem**

**ul. Szpitalna 5**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O UDOSTEPNIENIU SPRZĘTU ZASTĘPCZEGO**

Nazwa wykonawcy .....................................................................................................

Adres wykonawcy .....................................................................................................

Oświadczam, że na czas naprawy, przeglądu lub konserwacji trwający dłużej niż okres 7 dni udostępnię zamawiającemu sprzęt zastępczy tej samej jakości i klasy.

Pakiet nr: …………………………….

Pakiet nr: …………………………….

…………….……............................... *(miejscowość)*, dnia ………….……..... r.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***