

OŚWIADCZENIE PRZEDMIOTOWE WYKONAWCY

*Zamawiający:*

SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
40-027 Katowic ul. Francuska 20/24

*Wykonawca:*

Urtica Sp. z o.o.  
Ul. Krzemieniecka 120  
54-613 Wrocław

*Nazwa wykonawcy, siedziba*

Oświadczamy, że siła łamiąca oferowanych ampułek jest zgodna z wymaganiami normy PN-EN ISO 9187- 1:1 2011 lub PN-EN ISO 9187-2 2011 w zakresie siły łamiącej - **dotyczy pakietu 1,20,25**

Wrocław, 12.01.2023 r.

.....  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)  
do reprezentowania Wykonawcy