

Zamawiający:

SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych w Rybniku
ul. Gliwicka 33
44 - 201 Rybnik

**Podmiot, w imieniu którego składane jest
oświadczenie:**

.....
.....
.....

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

reprezentowany przez:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące obowiązku posiadania
koncesji i zezwoleń**

przystępując do postępowania na:

**Dostawy leków dla potrzeb SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych w Rybniku**

Oświadczam, iż obowiązujące przepisy prawa nie nakładają na mnie obowiązku posiadania:

- 1) aktualnej koncesji lub zezwolenia wydanej/go przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej/składu konsygnacyjnego produktów leczniczych;
- 2) aktualnego zezwolenia wydanego przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wytwarzanie produktów leczniczych, jeżeli Wykonawca jest wytwórcą.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis osoby/ób umocowanej/ych
do reprezentowania Wykonawcy