|  |  |
| --- | --- |
| DZp.380.2.22.2023.LAp.360 | Załącznik nr 2 do FO |
|  | **Zamawiający**:SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowoi Psychicznie Chorych w Rybnikuul. Gliwicka 3344 - 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………… | …………… | ……………………………………… |
| miejscowość | data | podpis osoby/ób umocowanej/ychdo reprezentowania Wykonawcy |