**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Powiatowy Zespół Szpitali**

**ul. Armii Krajowej 1**

**56-400 Oleśnica**

**Wykonawca:**

……………………………………

**Oświadczenie**

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2020r., poz.186 późn. Zm.). Na każde żądanie zamawiającego jesteśmy w stanie przestawić stosowne dokumenty.

---------------------------------------

*Informacja dla Wykonawcy:*

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, i przekazany Zamawiającemu.*