**Załącznik Nr 4**

**Do Zamawiającego :**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia :**

**Dostawa leków i opatrunków**

**Wykonawca :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( Nazwa i adres wykonawcy )

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawcy o posiadaniu świadectwa rejestracji dla oferowanych produktów**:

Oświadczam, że posiadam świadectwa rejestracji dla oferowanych produktów z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu zgodnie z obowiązującym Prawem Farmaceutycznym (tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 944) i udostępnię/my je na każde wezwanie Zamawiającego.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk.

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

……………………………………

 (podpis osoby uprawnionej)