Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O WYROBACH MEDYCZNYCH**

1. Oświadczam, że oferowane produkty (jeżeli ustawa nakłada taki obowiązek) dopuszczone są do obrotu w Polsce zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. 2021.1565).
2. Oświadczam, że na każde wezwanie Zamawiającego dostarczę dokumenty na podstawie, których w/w przedmiot zamówienia został dopuszczony do obrotu zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.
3. Oświadczam, że na każde wezwanie Zamawiającego dostarczę katalogi, ulotki i inne materiały informacyjne zawierające charakterystykę przedmiotu zamówienia.

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)**