Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY POTWIERDZAJĄCE ZGODNOŚĆ OFEROWANYCH DOSTAW Z WYMAGANIAMI ZAMAWIAJĄCEGO (PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

Niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i stosowania, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565 ze zm.) oraz aktami wykonawczymi do niej. Jesteśmy w posiadaniu odpowiednich dokumentów, którymi są: deklaracja zgodności CE lub dokumenty potwierdzające zgłoszenie lub powiadomienie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, dopuszczających do obrotu oraz stosowania oferowane wyroby i zobowiązujemy się okazać potwierdzone „za zgodność z oryginałem” kserokopie tych dokumentów na każde żądanie Zamawiającego, w terminie 3 dni roboczych od dnia pisemnego wezwania, pod rygorem odstąpienia od umowy.

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***