

**Zamawiający:**  
**Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.**  
Al. Wolności 4  
63-500 Ostrzeszów

*(pełna nazwa, adres)*

**Wykonawca:**

Coloplast Sp. z o.o.,  
ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa  
NIP 527 23 05 360  
KRS 0000118096

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

reprezentowany przez:

Anna Wycech  
Specjalista ds. Zamówień Publicznych  
pełnomocnictwo  
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Zakup i sukcesywne dostawy jednorazowych artykułów medycznych  
i drobnego sprzętu medycznego dla OCZ w Ostrzeszowie**

Znak sprawy: **OCZ/ZP-6/2024**

prowadzonego przez **Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.** oświadczam, co następuje:

**oświadczenie o dopuszczeniu do obrotu**

- oświadczam, że zaoferowany przedmiot zamówienia dopuszczony jest do obrotu w Polsce zgodnie z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r poz. 974 ze zmianami) i stanowi wyrób medyczny w rozumieniu ustawy, tj. posiada deklaracje zgodności (certyfikat CE nie dotyczy - nie obowiązuje klasy I niesterylnej).

15.03.2024 Anna Wycech – Specjalista ds. Zamówień  
Publicznych

*Data: kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*