Załącznik nr 6 do SWZ

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy

…………………………………………… z Przychodnią SP ZOZ,

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

……………………………………………

……………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że wyroby medyczne zaproponowane w postępowaniu posiadają aktualne  
i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany asortyment, stosownie do klasy wyrobu, z uwzględnieniem zasad rejestracji wyrobów (w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta, Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy), Formularz Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych – t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565 ze zm.).

Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy Deklarację Zgodności wydaną przez producenta oraz Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) wydany przez jednostkę notyfikacyjną, Formularz Powiadomienia / Zgłoszenia do Prezesa Urzędu (zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych - t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565 ze zm.) w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy.

…………..…, dnia ………….………

…............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty