Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający:**

Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

w celu potwierdzenia zgodności oferowanych dostaw z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia

*(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. **„Zakup i dostawa urządzeń robotycznych do rehabilitacji wraz z montażem i uruchomieniem oraz przeszkoleniem personelu dla Powiatowego Zespołu Szpitali - Szpital w Sycowie” PZS/TP/18/2023** prowadzonego przezPowiatowy Zespół Szpitali ul. Armii Krajowej 1**,** 56-400 Oleśnica*,* oświadczam, że zaoferowany produkt jest dopuszczony do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2022.974 ze zm.) i posiada stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo.