Załącznik nr 6 do SWZ

**Wykonawca: Zamawiający:**

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

…………………………………………… z Przychodnią SPZOZ,

…………………………………………… 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**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ***pn. Leki, nr postępowania ZP/08/2022*** oświadczamy, że wszystkie oferowane w postępowaniu wyroby stanowiące przedmiot zamówienia spełniają wymagania prawne dotyczące dopuszczenia do obrotu na rynku unijnym, posiadają wszelkie niezbędne atesty, certyfikaty, karty techniczne i świadectwa rejestracji zgodne z postanowieniami ustawy z dnia 06 września 2001r. prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 ze zm.) aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy i  zobowiązujemy się do ich przedstawienia na każde wezwanie Zamawiającego.

Na żądanie Zamawiającego, w trakcie realizacji umowy, udostępnimy aktualne świadectwo dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt leczniczy w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty