*Załącznik nr 10 do SWZ*

*(składane, jeśli dotyczy)*

*ZP/05/2024*

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 O PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA

Oświadczamy, że ……………………………………1 **nie jest wyrobem medycznym** zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974) przy uwzględnieniu regulacji przewidzianej w art. 138 oraz innych przepisach przejściowych do tej ustawy i **nie podlega** rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, na podstawie ……………………………2 .

…………..…, dnia ………….………

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

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika3

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

1 należy wskazać część zamówienia, której dotyczy

2 należy wskazać podstawę prawną

3 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty