***Załącznik nr 4 do SWZ/ZP/TP – 4/2024***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

……………………………………………….………………………

……………………………………………….………………………

 (*pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

……………………………………………

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie:

**DOSTAWA PRODUKTÓW 1 X UŻYTKU Z PODZIAŁEM NA 32 PAKIETÓW**

prowadzonego przez

SP ZOZ w Rypinie przy ulicy 3 Maja 2, oświadczam, co następuje:

Oświadczamy, iż jesteśmy w posiadaniu wymaganych przepisami prawa dopuszczenia do obrotu ( Certyfikat CE, deklaracja zgodności oraz zgłoszenie/powiadomienie do właściwego Urzędu Rejestracji ( *produkty, które są wyrobem medycznym*) oraz swoją gotowość do ich przedłożenia na każde wezwanie Zamawiającego w zakresie oferowanych produktów w naszej ofercie przetargowej .

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

 …………………………………………