Załącznik nr 5a do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY POTWIERDZAJĄCE ZGODNOŚĆ OFEROWANYCH DOSTAW Z WYMAGANIAMI ZAMAWIAJĄCEGO (PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

* + 1. Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie produkty lecznicze będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt leczniczy zgodnie z ustawą z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1977 ze zm.).

1. Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy aktualne świadectwo dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt leczniczy w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.
2. Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie produkty lecznicze będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy karty charakterystyki produktu leczniczego.
3. Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy aktualne karty charakterystyki produktu leczniczego, w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.
4. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
5. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 5b do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY POTWIERDZAJĄCE ZGODNOŚĆ OFEROWANYCH DOSTAW Z WYMAGANIAMI ZAMAWIAJĄCEGO (PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie wyroby medyczne będą posiadały aktualne  
i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt (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 maja 2010 r. o wyrobach medycznych – t.j. Dz. U. z 2021, poz. 1565).

Na żądanie Zamawiającego, w trakcie realizacji umowy, 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 20.05.2010r. o wyrobach medycznych – t.j. Dz. U. Nr 2019, poz. 175 ) w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 5c do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY POTWIERDZAJĄCE ZGODNOŚĆ OFEROWANYCH DOSTAW Z WYMAGANIAMI ZAMAWIAJĄCEGO (PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

Oświadczamy, że zaoferowane w ofercie substancje niebezpieczne będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy karty charakterystyki substancji niebezpiecznych.

Na żądanie Zamawiającego, udostępnimy aktualne karty charakterystyki substancji niebezpiecznych, w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 5d do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY POTWIERDZAJĄCE ZGODNOŚĆ OFEROWANYCH DOSTAW Z WYMAGANIAMI ZAMAWIAJĄCEGO (PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

Oświadczamy, że zaoferowany w ofercie tlen medyczny ciekły będzie posiadał aktualne i ważne wyniki badań czystości gazu – świadectwo kontroli jakości

W trakcie realizacji umowy, wraz z każdą dostawą tlenu medycznego ciekłego udostępnimy wyniki badań czystości gazu – świadectwo kontroli jakości pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***