

Załącznik nr 5 do SIWZ

Zamawiający:

**Szpital Powiatowy im. Edmunda
Biernackiego
ul. Żeromskiego 22
39-300 Mielec**

(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

.....

.....

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

reprezentowany przez:

.....

.....

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

**OŚWIADCZENIE, ŻE OFEROWANE DOSTAWY
ODPOWIADAJĄ WYMAGANIOM ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego **na sprzedaż i dostawę nici chirurgicznych do Apteki Szpitala Powiatowego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.63.18**, w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że oferowany asortyment posiada dokumenty wymagane przez obowiązujące prawo na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia RP.

Na każde żądanie Zamawiającego niezwłocznie prześlemy wszystkie niezbędne kserokopie dokumentów.

..... *(miejsowość)*, dnia r.

.....

(podpis)