

**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 materiałów opatrunkowych do Apteki Szpitala Powiatowego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.91.17**, prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, 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)*