Numer sprawy **SPZOZ 1/2023 Załącznik Nr 3 do SWZ**

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP, Regon)*

**Oświadczenie**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa tomografu okulistycznego oraz aparatu do magnetoterapii wraz z oprzyrządowaniem do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim**,prowadzonego przez **SP ZOZ w Konstantynowie Łódzkim**,oświadczam, że:

**Oferowany przeze mnie sprzęt medyczny spełnia wszelkie wymagania opisane przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w przypadku wyrobów medycznych spełnia wszelkie wymogi dopuszczenia i wprowadzenia do obrotu medycznego oraz używania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974 z późn. zm.).**

Podpis kwalifikowany, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy