**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nr sprawy 24/D/23**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykonawca (pełna nazwa/firma)*** |  |
| ***Adres Wykonawcy*** |  |
| ***NIP/PESEL (w zależności od podmiotu)*** |  |
| ***KRS/CEiDG*** |  |
| ***Reprezentowany przez (imię,nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*** |  |

**Oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do stosowania w placówkach służby zdrowia stosownie do zapisów Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974)**

**Jednocześnie oświadczamy, że w/w dokumenty na żądanie Zamawiającego zostaną udostępnione w terminie 3 dni od otrzymania przez Wykonawcę pisemnego wezwania.**

*\*Niepotrzebne skreślić*