**Załącznik nr 5 do SWZ**

**ZP-5/2021**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publicznych

Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
 i Administracji w Opolu

ul. Krakowska 44

45-075 Opole

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „Zakup sprzętu medycznego podzielonego na pakiety dla SP ZOZ MSWiA w Opolu” Pakiet nr …. oświadczam, że:

oferowane przeze mnie wyroby spełniają wszystkie wymagania opisane przez Zamawiającego w SWZ oraz w przypadku wyrobów medycznych spełniają wszelki wymogi dopuszczenia i wprowadzenia do obrotu medycznego oraz używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2020.186 ze zm.)

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

…………………………………………

(podpis)