**Załącznik nr 2 do SWZ**

|  |
| --- |
| ........................................................... |
| ........................................................... |
| ........................................................... |
| ........................................................... |
| (nazwa i adres Wykonawcy) |

|  |
| --- |
| ........................................................... |
| (miejscowość i data) |
|  |
|  |

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY   
dotyczące dopuszczenia wyrobów medycznych do obrotu w kraju

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na : **dzierżawę zbiornika kriogenicznego 3 tony na tlen medyczny ciekły wraz z parownicą i dostawą tlenu w autocysternach przez okres 24 miesięcy dla SP ZOZ w Obornikach** prowadzonego w trybie podstawowym oświadczam, że:

OŚWIADCZAM, ŻE :

1) Zaoferowane wyroby medyczne posiadają aktualne dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu w kraju – zgodnie z obowiązującym prawem / np. CE lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ............................................................ |
|  | (podpis osoby uprawnionej  do reprezentowania Wykonawcy) |

\* niewłaściwe skreślić