**Zadanie dofinansowane z budżetu Państwa - dotacja celowa na zadanie własne z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej ujęte w kluczowych obszarach działania w ramach *Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej na lata 2025-2026***

SPZOZ.DŚM-ZP.240.26.2025 Załącznik nr 4 do SWZ

……………………………………………….

(pełna nazwa/firma, adres, NIP, REGON)

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„****Zakup wózka transportowego leżącego,  
Zakup respiratora  
Zakup schodołazu krzesełkowego**

**w ramach zadania:**

**Uzupełnienie zasobów i infrastruktury niezbędnej do realizacji zadań OL i OC – urządzenia medyczne, w tym diagnostyczne z przeznaczeniem dla SPZOZ w Kole”**

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).**

Podpis kwalifikowany, podpis zaufany lub podpis

osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy