Załącznik nr 7 do SWZ

ZOZ.ZP.382-3/26

# OŚWIADCZENIE PRODUCENTA/AUTORYZOWANEGO PRZEDSTAWICIELA PRODUCENTA O GWARANTOWANYM OKRESIE WSPARCIA

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: .........................................................

Stanowisko: .........................................................

Działający/a w imieniu i na rzecz (nazwa producenta): .........................................................

Adres siedziby: .........................................................

Numer NIP/REGON: .........................................................

oświadczam, że na oferowany sprzęt medyczny:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

[należy podać nazwę, typ, producent oferowanego sprzętu ]

gwarantuje okres wsparcia technicznego i dostępności do części zamiennych przez okres minimum 5 lat od daty odbioru przedmiotu zamówienia.

…………………………………….

*Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*