*Załącznik nr 4*

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA |

|  |
| --- |
| **Dane Wykonawcy** |
| Nazwa i adres Wykonawcy  *(Pełnomocnika w przypadku Konsorcjum)* |
| Nazwa i adres Partnera/-ów  *(w przypadku Konsorcjum)* |
| Dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie zapytania ofertowego pn.:  **„Dostawa PIELUCHOMAJTEK I PODKŁADÓW GINEKOLOGICZNYCH dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie” - SPZOZ-ZP/2BU/2026** |
| Oświadczam/-y, że :   * oferowany sprzęt i produkty medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz posiadają aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do obrotu na terenie RP, posiadają Deklarację Zgodności, Certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą (jeśli dotyczy), zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych oraz aktami wykonawczymi do ustawy   - zobowiązuję się udostępnić dokumenty wymagane w oświadczeniu, na żądanie Zamawiającego w terminie 5 dni od daty otrzymania pisemnego wezwania do ich przedstawienia.  **W przypadku jeżeli zaoferowany asortyment nie posiada w/w dokumentów, Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, że oferowany przez niego asortyment nie wymaga opisanych dokumentów.** |
| **Oświadczenie dotyczące podanych informacji** |
| Oświadczam, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997r. (Dz. U. 2022 poz. 1138 t.j.), że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia Zamawiającego w błąd.    *Pięczątka / podpis* |