**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Szpital Specjalistyczny**

**im. Edmunda Biernackiego**

**ul. Żeromskiego 22**

**39-300 Mielec**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE, ŻE OFEROWANE DOSTAWY**

**ODPOWIADAJĄ WYMAGANIOM ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego **na sprzedaż i dostawę asortymentu dla potrzeb Oddziału Chirurgii Naczyniowej Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzS.ZP.261.6.2026**,w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że oferowany asortyment posiada dokumenty wymagane przez obowiązujące prawo na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia RP oraz spełnia wszystkie wymagania i parametry określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

…………………………………..

*(podpis Wykonawcy*

*lub jego uprawnionego przedstawiciela)*

Data: ……………………