**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/825/104/21**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRODUKTÓW LECZNICZYCH - ZMIANA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawy produktów leczniczych i innych**

prowadzonego przez Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że oferowane w ***Zadaniu 47 poz. 1***, **Zadaniu 91 poz. 1, 2, 3, 4, 5** i **w** **Zadaniu 107 poz. 1,2**  produkty lecznicze są dopuszczone do obrotu na terenie kraju, z którego są sprowadzane i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na oferowane produkty.

Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia,   
w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*