Załącznik nr 4 do SWZ

*DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ*

*podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

**Wykonawca:**

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

w celu potwierdzenia zgodności oferowanych dostaw z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia

*(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Sukcesywne dostawy środków dezynfekcyjnych”**, prowadzonego przez Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy*,* oświadczam, że zaoferowane produkty są dopuszczone do obrotu i stosowania w podmiotach leczniczych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i posiadają stosowne certyfikaty, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez prawo.