



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Załącznik nr 2

..... ,
(pieczęć Dostawcy)

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu wymogów ustawy o wyrobach medycznych,
Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności
wyrobów medycznych

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:
.....

1. Oświadczam, że oferowany asortyment
 - 1.1. spełnia/nie spełnia* wymogi przewidziane przez ustawę z 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 175)/potwierdzające dopuszczenie tych wyrobów do obrotu i używania
 - 1.2. spełnia/nie spełnia* wymogi przewidziane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016r. poz.211 ze zm.)
2. Oświadczam, że posiadam dokumenty potwierdzające spełnianie przez oferowany przedmiot zamówienia wymagań przewidzianych przez ustawę z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 175), zwaną dalej „ustawą”, potwierdzające dopuszczenie tych wyrobów do obrotu i używania tj. deklarację zgodności dla oferowanego wyrobu lub deklarację zgodności dla oferowanego wyrobu wraz z certyfikatem zgodności dla Pakietupozycji:
3. Zobowiązujemy się do:
 - 3.1. przedstawienia w/w dokumentów na każde żądanie Zamawiającego.
 - 3.2. dokonania wszelkich starań zmierzających do uzyskania przedłużenia terminów ważności dokumentów dopuszczających dostarczane wyroby do obrotu i stosowania przez cały okres trwania umowy. Powyższe działania zobowiązujemy się podjąć w terminie umożliwiającym zachowanie ciągłości tych dokumentów.
4. Oświadczam, że dla Pakietupozycji nie są wymagane w/w dokumenty.

* niepotrzebne skreślić

..... ,
(miejsowość, data)

..... ,
(podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Dostawcy)