**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/044/403/22**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE WYMAGAŃ W ZAKRESIE OFEROWANYCH DOSTAW**

**składane na podstawie art. 106 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2019r. poz. 2019 ze zm. dalej jako: ustawa Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

**Dostawa wyrobów medycznych: igły, strzykawki, wenflony**

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

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w  Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w Ogłoszeniu o zamówieniu.

…………….……. 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)*

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/044/403/22**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE WYROBÓW MEDYCZNYCH**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa wyrobów medycznych: igły, strzykawki, wenflony**

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

Oświadczam, że oferowane:

- w **Zadaniu ………………..** *(należy wymienić numery Zadań i pozycji, na które składana jest oferta)*

wyroby medyczne w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych dopuszczone są do obrotu
i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.

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)*

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/044/403/22**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE KOMPATYBILNOŚCI**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Dostawa wyrobów medycznych: igły, strzykawki, wenflony**

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

Oświadczam, że oferowane wyroby medyczne, w **Zadaniu 2 poz. 1 - 6** są kompatybilne
z posiadanymi przez Zamawiającego pompami infuzyjnymi wykalibrowanymi na strzykawki firm: B/Braun, B. Dickinson, Terumo, Proinjekt, Sherwood.

…………….……. 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)*

**Załącznik nr 8** **do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/044/403/22**

**Wykonawca:**

………………………………………..

…………………………………………

…………………………………………

*(Pełna nazwa, adres, NIP, Regon)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**W SPRAWIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

**Dostawa wyrobów medycznych: igły, strzykawki, wenflony**

Oświadczam, że:

1. **NIE NALEŻĘ** z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę do tej samej grupy kapitałowej
w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów
(Dz. U. z 2020r. poz. 1076 i 1086), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**\***

2. **NALEŻĘ** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r.
o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020r. poz. 1076 i 1086), w zakresie wynikającym z art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp z następującymi Wykonawcami**\***:

a. ……………………………………..

b. ……………………………………..

W przypadku zaistnienia okoliczności z pkt 2 Wykonawca wraz z oświadczeniem przekazuje dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*\*.

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*(jeżeli dotyczy)*

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

 (podpis)

**UWAGA:**

1. Oświadczenie należy **złożyć na wezwanie** Zamawiającego zgodnie z art. 126 ust. 1 Pzp – niniejszego oświadczenia nie należy składać wraz z ofertą lub samodzielnie uzupełniać bez wezwania Zamawiającego.

2. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców niniejsze oświadczenie składa odrębnie każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.