Załącznik nr 5 do SWZ

 Znak: ZP/SJ/15/21

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie komputerowo poszczególnych tabel**

|  |
| --- |
| **Nazwa Wykonawcy**:**Adres**:  |

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU DOKUMENTÓW**

**Niniejszym oświadczam, że**:

[ ]  posiadam dokumenty potwierdzające, iż oferowane produkty są dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1565) i przepisami wykonawczymi

[ ]  posiadam dokumenty potwierdzające, iż oferowany przedmiot zamówienia spełnia odpowiednie warunki dopuszczenia do obrotu medycznego i stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. certyfikaty zgodności z odpowiednimi dyrektywami Unii Europejskiej lub dokumenty równorzędne.

**Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających powyższe na każde wezwanie Zamawiającego w wyznaczonym przez niego terminie**.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Podpis własnoręczny nie jest tożsamy z elektronicznym podpisem osobistym.***
3. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***