Załącznik nr 5 do SWZ

Znak: ZP/NC/9/22

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

**i zaznaczenie aktywnych pół**

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

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU DOKUMENTÓW**

**Niniejszym oświadczam, że**:

oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego opisane w Specyfikacji Warunków Zamówienia i posiada dokumentypotwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 r. poz. 974) oraz zgodne z Rozporządzeniem MDR 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r.

|  |
| --- |
|  |

**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.***