**Numer sprawy: ZP/11/2021 Załączniki nr 9 do SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY**

**Szpital Tucholskie Spółka z o.o.   
ul. Nowodworskiego 14-18   
89-500 Tuchola**

**Wykonawca:**

…………………………..  
*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………  
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Oświadczam, że oferowane produkt będące wyrobami medycznymi posiadają świadectwo dopuszczenia do obrotu i stosowania na terenie Polski zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175 z późniejszymi zmianami ) Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r. w sprawie klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010 r. nr 215, poz. 1416) ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 17.02.2016 r. w sprawie wymagań zasadniczychoraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. 2016 r., poz. 211)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_ roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Podmiotu/ osoby upoważnionej do reprezentacji Podmiotu)*