Załącznik nr 8 do SIWZ Eap-2412/24/19/M

**O Ś W I A D C Z E N I E P R Z E D M I O T O W E\*)**

Ja/my, niżej podpisany/i

działając w imieniu i na rzecz (nazwa/firma/i adres wykonawcy)\*:

Adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oświadczam/y, że oferowane :

**1**.Przedmioty zamówienia odpowiadają opisowi przedmiotu zamówienia przedstawionemu w Formularzu/ach cenowo – ofertowym/ch dla oferowanej Części, o wysokim standardzie pod względem jakości, wolne od wad, dopuszczone do stosowania w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej,

**2**.Przedmioty zamówienia posiadają:

1. świadectwo dopuszczenia do obrotu i używania na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie wyrobów dopuszczonych do obrotu i stosowania w Zakładach Opieki Zdrowotnej oraz spełniać wymogi dyrektyw Unii Europejskiej ,
2. Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,

 3) Certyfikat jednostki notyfikowanej – dotyczy asortymentu jałowego.

 4)Dokument potwierdzający chłonność produktu - wystawiony przez producenta produktu – **w zakresie pakietu nr 4.**

i będą udostępnione do wglądu na każde życzenie Zamawiającego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

(miejscowość)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

Uwaga:

\*) - wypełnia Wykonawca zgodnie z treścią oferty.

*Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania wykonawcy.*