**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej   
w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica**.**

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

reprezentowany przez: …………..…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczy pakietu nr ……………….……, poz. nr …………….…..…**

***(wymienić)***

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego , którego przedmiotem jest:

**„Sukcesywna dostawa środków dezynfekcyjnych”**

Niniejszym oświadczam/my, że oferowane **produkty lecznicze** są dopuszczone do stosowania na terenie Polski zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 6 września 2001r.- Prawa farmaceutycznego (tekst jedn. Dz. U. z dnia 2017r. poz. 2211), oraz że posiadam wszelkie wymagane prawem dokumenty dopuszczające je do obrotu na terenie RP.  
Powyższe dokumenty dostarczę przed zawarciem umowy.

................................, dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej   
w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica.

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

reprezentowany przez: …………..…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczy pakietu nr ……………….……, poz. nr ………………..…**

***(wymienić)***

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego , którego przedmiotem jest:

**„Sukcesywna dostawa środków dezynfekcyjnych”**

Niniejszym oświadczam/my, że oferowane **produkty biobójcze** są dopuszczone do obrotu na terytorium RP - zgodnie z ustawą z dnia  9 października 2015r. o produktach biobójczych (tekst jedn. Dz. U. z 2018r. poz. 122), oraz  że posiadam wszelkie wymagane prawem dokumenty dopuszczające je do obrotu na terenie RP.   
Ponadto oświadczam również że posiadam dokumenty potwierdzające, że działanie biobójcze oferowanych środków w zakresie wymaganego spektrum działania poparte jest końcowymi wynikami z badań laboratoryjnych niezależnego ośrodka badawczego, towarzystwa mikrobiologicznego lub innej instytucji wydającej opinie o środkach dezynfekcyjnych stosowanych w praktyce szpitalnej.  
Powyższe dokumenty dostarczę przed zawarciem umowy.

................................, dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej  
w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

reprezentowany przez: …………..…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczy pakietu nr ……………….……, poz. nr ………………..…**

***(wymienić)***

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego , którego przedmiotem jest:

**„Sukcesywna dostawa środków dezynfekcyjnych”**

Niniejszym oświadczam/my, że oferowane **wyroby medyczne** posiadają wpisy do odpowiednich rejestrów, deklaracje zgodności lub inne dokumenty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których są dopuszczone do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 211) oraz posiadają stosowne certyfikaty.   
Powyższe dokumenty dostarczę przed zawarciem umowy.

................................, dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej  
 w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Wykonawcy* |

reprezentowany przez: …………..…………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczy pakietu nr ……………….……, poz. nr ………………..…**

***(wymienić)***

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego , którego przedmiotem jest:

**„Sukcesywna dostawa środków dezynfekcyjnych”**

Niniejszym oświadczam/my, że oferowane **kosmetyki** posiadają ważne i aktualne dokumenty potwierdzające zgłoszenie do krajowego systemu informowania o kosmetykach zgodnie z Ustawą  z dnia 30 marca 2001r. o kosmetykach  (tekst jedn. Dz.U. 2013 poz. 475).  
Powyższe dokumenty dostarczę przed zawarciem umowy.

................................, dnia ........................r.

*(Miejscowość)*