Nr postępowania: ZP/19/2019/ZO Załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

|  |
| --- |
| *pieczątka Oferenta* |

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

 *(imię i nazwisko)*

**Oświadczenie Oferenta**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że w przypadku, gdy dostarczony produkt zanieczyści urządzenie lub spowoduje uszkodzenie (włączając w to wymianę bębna albo głowicy) z którego korzysta Zamawiający, to zobowiązuję się do oczyszczenia urządzenia lub naprawy na koszt własny w siedzibie Zamawiającego - w terminie do 3 dni roboczych. Jeżeli naprawa lub oczyszczenie nie będzie możliwe w siedzibie Zamawiającego, to na czas naprawy zapewnię na własny koszt urządzenie zastępcze o takich samych lub lepszych parametrach.

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

*(Miejscowość)*