**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ**

Dane wykonawcy

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

Pełna nazwa wykonawcy

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

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Dostawa sprzętu medycznego, innych wyrobów oraz urządzeń dla Szpitala Powiatowego w Kętrzynie ”*, znak: 36/PN/20222**, oświadczam, że:

Oferowane przeze mnie wyroby spełniają wszystkie wszelkie wymagania opisane przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w przypadku wyrobów medycznych spełniają wszelkie wymogi dopuszczenia i wprowadzenia do obrotu medycznego oraz używania, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565 ze zm.).

....……..………………………………………

*miejscowość, data*  ……….................……..……………………………………….

*(Wykonawca/właściwie umocowany przedstawiciel podpisuje dokument w formie elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym)*