**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 rozwiązań podnoszących poziom cyberbezpieczeństwa systemów teleinformatycznych oraz usługa audytu bezpieczeństwa systemów IT w ramach środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 - podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców dla Szpitala Powiatowego w Kętrzynie”*, znak: 45/TP/2022**,

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)*