**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.**

**Ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE, ŻE OFEROWANE DOSTAWY**

**ODPOWIADAJĄ WYMAGANIOM ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę **Środków dezynfekcyjnych w Grupach 1-9** dla Pałuckiego Centrum zdrowia Sp. z o. o. w Żninie (nr post. PCZ/II-ZP/12/2019), w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy:

**Oświadczam**, że oferowany w przetargu asortyment jest dopuszczony do obrotu na terenie RP i spełnia wymagania zasadnicze ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017 poz. 211), tj. posiada odpowiedni dokument/y potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie RP (Deklarację zgodności, Certyfikat CE, i inne) zgodnie z przyjętą klasyfikacją oraz, że na żądanie Zamawiającego dostarczę odpowiednie dokumenty to potwierdzające.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

 *(podpis)*