**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/10/2018), w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy:

**oświadczam, że** oferowany w w/w postępowaniu asortyment posiada odpowiedni dokument (tzn. aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu na terytorium RP oferowanych środków dezynfekcyjnych), potwierdzający dopuszczenie do obrotu i do stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami oraz, że wymagane dokumenty (kserokopie) dostarczymy niezwłocznie, na każde żądanie Zamawiającego.

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

…………………………………………

 *(podpis)*