Załącznik nr 8 do SIWZ Eap-2412/15/19/D

**O Ś W I A D C Z E N I E P R Z E D M I O T O W E\*)**

Ja/my, niżej podpisany/i

działając w imieniu i na rzecz (nazwa/firma/i adres wykonawcy)\*:

Adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oświadczam/y, że oferowane :

1.Przedmioty zamówienia odpowiadają opisowi przedmiotu zamówienia przedstawionemu w Formularzu/ach cenowo – ofertowym/ch dla oferowanej Części, o wysokim standardzie pod względem jakości, wolne od wad, dopuszczone do stosowania w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej,

2. Przedmioty zamówienia posiadają świadectwa rejestracyjne oferowanych produktów leczniczych i

 będą udostępnione do wglądu na każde życzenie Zamawiającego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

(miejscowość)

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

 pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

Uwaga:

\*) - wypełnia Wykonawca zgodnie z treścią oferty.

*Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania wykonawcy.*