

Nazwa wykonawcy/ów:

.....

Adres/siedziba wykonawcy/ów:

.....

Adres do korespondencji:

(jeżeli inny niż powyżej lub w przypadku oferty składanej przez konsorcjum)

REGON: **NIP:**

**OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH
PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I LEKÓW RÓWNOWAŻNYCH**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **Sukcesywne dostawy leków dla Domu Pomocy Społecznej w Sieradzu:**

Oświadczam, że posiadamy charakterystyki produktu leczniczego/ karty charakterystyki, świadectwa rejestracji, atesty, certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia i leki równoważne do obrotu na terenie RP, zgodnie z:

- Ustawą z dnia 06 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 z późniejszymi zmianami).
- Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 836),
- Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2021 r. poz. 1565. z późn. zm.)

i zobowiązuję się do ich okazania na każde żądanie Zamawiającego w terminie 3 dni od daty wezwania.