



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczercowie  
ul. Mickiewicza 39 b, 97-420 Szczerców, tel. 44 631 80 20, tel./fax 44 631 80 73  
e-mail: [spzoz@szczercow.pl](mailto:spzoz@szczercow.pl), <http://www.spzoz.szczercow.pl/>

Strona: 1 z 1

Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert  
Znak sprawy: SPZOZ.ZP.3.2017

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

W związku ze złożoną ofertą w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie rozpoznania cenowego pn. „Dostawa kolposkopu dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczercowie” w imieniu:

.....  
(pełna nazwa Wykonawcy)

.....  
(adres siedziby Wykonawcy)

1. **Oświadczamy, że:**

- 1) oferowany przedmiot zamówienia odpowiada opisowi przedmiotu zamówienia, stanowiącemu Załącznik Nr 3 do zaproszenia do składania ofert pn. Opis przedmiotu zamówienia/specyfikacja techniczna,
- 2) oferowany przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym - zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 211), spełnia wymagania zasadnicze oraz jest wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z przepisami tej ustawy.

2. W przypadku podpisania umowy:

- 1) kserokopie stosownych dokumentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 211), potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez uprawnione osoby tj.:
  - a) Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 211),
  - b) Certyfikat Zgodności wyrobu wydany przez jednostkę notyfikowaną, jeżeli oferowany przedmiot zamówienia został zaliczony do jednej z klas, o których mowa w art. 29 ust. 5 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,

przedłożymy Kierownikowi Referatu ds. administracyjnych wraz z dostawą zamówionego aparatu, oraz na każde jego żądanie, w trakcie trwania postępowania.

.....  
*Pieczęć imienna i podpisy osób  
uprawnionych do składania oświadczeń woli  
w imieniu Wykonawcy*