

Dane Wykonawcy:

Nazwa
Adres
KRS/PESEL: NIP:
e-mail: telefon: faks:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że do wykonania przedmiotu zamówienia na „Zakup i sukcesywną dostawę szczepionek” dla Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie, znak sprawy 6/D/2020, użyję produktów posiadających wszelkie niezbędne do legalnego obrotu i stosowania atesty, zezwolenia i certyfikaty (w szczególności zaś pozwolenie na wprowadzenie do obrotu produktu leczniczego wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub pozwolenie na dopuszczenie ich do obrotu w drodze decyzji wydanej przez Komisję Wspólnot Europejskich lub Radę Unii Europejskiej), zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2021.1977 t.j. z dnia 2021.10.29 z późn. zm.) oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Oświadczam także, iż na każde żądanie Zamawiającego niezwłocznie przedłożę wszelkie dowody, w tym w szczególności dokumenty potwierdzające powyższe oświadczenie oraz karty charakterystyki produktu leczniczego.

.....dnia.....

.....
Podpis(y) osoby, osób wskazanych w dokumencie
uprawniającym do występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo