**Załącznik nr 17 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że oferowany asortyment w zakresie pozycji nr ………………(należy wskazać numery pozycji) stanowi wyrób medyczny oraz jestem w posiadaniu prawidłowej   
i aktualnej deklaracji zgodności CE wystawionej dla tego produktu, a w przypadku wyrobów medycznych klasy I – wyroby sterylne, klasy I – wyroby z funkcją pomiarową, klasy I – z funkcją pomiarową sterylne, klasy IIa, klasy IIb oraz klasy III - jestem w posiadaniu prawidłowego   
i aktualnego certyfikatu CE obejmującego ten produkt.

Oświadczam, że zobowiązujemy się do ich dostarczenia na każde żądanie Zamawiającego.

Oświadczam, że oferowany asortyment w zakresie pozycji nr ………………(należy wskazać numery pozycji) nie stanowi wyrobu medycznego.

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)