

**S A M O D Z I E L N Y P U B L I C Z N Y Z A K Ł A D O P I E K I Z D R O W O T N E J**

**W M Y Ś L E N I C A C H**

32-400 Myślenice, ul. Szpitalna 2, **informacja** (012) 27-30-355, 27-30-205 **sekretariat** 37-20-670, 37-20-671, **fax.** 27-21-855

**NIP:** 681-169-06-68**, REGON:** 000300570**,**

Dział zamówień publicznych i umów e-mail:[dzp@szpitalmyslenice.pl](mailto:dzp@szpitalmyslenice.pl)

**Załącznik nr 7**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Niniejszym oświadczamy, że:

a) Zaoferowane produkty lecznicze są dopuszczone do obrotu na terenie Polski zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U.2020 poz. 944, ze zm.) Oświadczamy, że na każde żądanie Zamawiającego dokumenty dopuszczające do obrotu zostaną okazane. W przypadku wygaśnięcia, zmiany lub cofnięcia dopuszczenia niezwłocznie o tym fakcie Zamawiający zostanie poinformowany.

b) Oferowane produkty będą posiadać w dniu dostawy co najmniej 6 miesięczny termin ważności.

c) Wszystkie właściwości zaoferowanych w ofercie produktów leczniczych, w szczególności postać, dawkowanie, wskazania terapeutyczne, stabilność itp. mają potwierdzenie w charakterystyce produktu leczniczego. Oświadczamy, że na każde żądanie Zamawiającego charakterystyka zostanie okazana.

d)Produkt leczniczy posiada własne, udokumentowane  badania kliniczne  potwierdzające skuteczność i  bezpieczeństwo jego stosowania, w tym publikacje dotyczące stosowania u pacjentów o wskazaniach niezabiegowych (interna , kardiologia )  oraz zabiegowych ( chirurgia ) oraz jest zarejestrowany we wszystkich krajach Unii Europejskiej\*

Jednocześnie stwierdzamy, iż jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

……………..……………………………………………………

Podpis elektroniczny