………………………………………………………………

 Data i miejscowość

Numer postępowania: ..................................................................................................................

dotyczy: ........................................................................................................................................

(nr Części i pozycji)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym …………………………….......................................................................................

(nazwa Wykonawcy)

oświadcza, że wszystkie zaoferowane wyroby medyczne posiadają i są oznaczone znakiem CE zgodnie z obowiązującymi przepisami krajowymi i unijnymi.