**Sprawa 39/2025 Załącznik nr 4**

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Chrzanowie

ul. Topolowa 16 32-500 Chrzanów

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:* ***NIP/PESEL, KRS/CEiDG)***

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**Wykonawca posiada koncesje lub zezwolenie lub licencje na obrót produktami leczniczymi i przedłoży na żądanie Zamawiającego** stosownego dokumentu tj. koncesje, zezwolenie lub licencje – zezwolenia na obrót produktami leczniczymi (odpowiedni dokument) w postaci:

□ ważnej koncesji lub zezwolenia w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, jeżeli Wykonawca prowadzi hurtownię farmaceutyczną,

□ ważnego zezwolenia na wytwarzanie produktów leczniczych, jeżeli Wykonawca jest wytwórcą,

□ ważnego zezwolenia na prowadzenie składu konsygnacyjnego, jeżeli Wykonawca prowadzi skład konsygnacyjny,

□ lub dokument potwierdzający, że Wykonawca jest wpisany jest wpisany do jednego z rejestrów zawodowych lub handlowych, prowadzonych w państwie członkowskim Unii Europejskiej, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania.

**Dokument ten zostanie doręczony na każde żądanie Zamawiającego**

…………………………………….. (miejscowość), dnia …………………………..