OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH

Działając w imieniu[[1]](#footnote-1)

🞏 Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres)*

🞏 Podmiotu udostępniającego zasoby ………………………………………………………………………..

*(nazwa i adres)*

Oświadczam, że:

Reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia określone w Rozdziale V SWZ[[2]](#footnote-2) wymagania dotyczące przedmiotowych środków dowodowych nr **NZP.2800.5.2025-PN**, którego przedmiotem jest **,,Świadczenie kompleksowych usług pralniczych wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej dla SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii w Opolu.”*,* tj:**

1. posiada wystawiony przez jednostkę notyfikowaną aktualny certyfikat potwierdzający przestrzeganie norm systemu zarządzania jakością ISO 9001:2015 lub równoważny w zakresie świadczenia usługi prania i dezynfekcji, wynajmu lub dzierżawy pościeli i odzieży, z uwzględnieniem wymagań w zakresie monitorowania systemu RFID lub równoważnego oraz zarządzania środowiskiem normy ISO 14001:2015,
2. posiada wystawiony przez jednostkę notyfikowaną aktualny certyfikat RABC 14065 lub równoważny potwierdzający przestrzeganie normy PN-EN 14065 lub równoważny w zakresie ryzyka i kontroli skażenia biologicznego ,,Tekstylia. Tekstylia poddawane obróbce w pralni. System kontroli skażenia mikrobiologicznego”,
3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym w zakresie prania i dezynfekcji asortymentu będącego przedmiotem zamówienia z szczególnym uwzględnieniem stosowanych środków piorących i dezynfekujących oraz stosowanych temperatur,
4. gwarantuje, że przedmiot dzierżawy jest dobrej jakości, a wyroby medyczne będące przedmiotem dzierżawy są wprowadzone do obrotu i do użytkowania zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Parlamenty Europejskiego i Rady (UE)2017/745 z dnia 05.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia WE nr 178/2002 i rozporządzenia WEnr1223/2009 oraz uchylenia dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG( Dz.Urz.UE L 117z 05.05.2017, str. 1 ,z późniejszymi zmianami) oraz ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych bądź ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych z uwzględnieniem właściwych przepisów przejściowych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)