Znak sprawy: DT-5/2019/PN

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Wykonawca:**

……………………………

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O WARUNKACH GWARANCJI***

składając ofertę na: **„Zakup sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego dla potrzeb Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze”** oświadczam, że na cały przedmiot zamówienia udzielam gwarancji **na okres…………………….miesięcy.**

*(okres gwarancji do 36 miesięcy – 0 pkt, od 37 miesięcy -15 pkt,* *jeżeli Wykonawca nie wpisze okresu gwarancji Zamawiający przyjmie 36 miesięczny okres gwarancji)*

W ramach udzielonej gwarancji:

1. zobowiązuję się świadczyć bezpłatny serwis gwarancyjny w siedzibie Zamawiającego,
2. w okresie udzielonej gwarancji, w czasie przestoju aparatu (awaria, naprawa, przegląd) trwającego powyżej 5 dni roboczych, zobowiązuję się dostarczyć sprzęt zastępczy o nie gorszych parametrach niż uszkodzony bez naliczania dodatkowych opłat z tego tytułu;
3. zobowiązuję się wskazać sposób kontaktowania się z producentem lub autoryzowanym partnerem producenta, o ile nie będzie to wynikało z karty gwarancyjnej producenta;

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. oświadczam, że naprawa dostarczonego sprzętu będzie wykonywana przez producenta lub autoryzowanego partnera producenta.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Wymienić producenta lub autoryzowanego partnera producenta.*

…………………...……., dnia …………………. r.

*(miejscowość)*

…………………..…………………………………………….

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy)*