Warszawa dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

**OŚWIADCZENIE**

**Firma:**

**Działając w imieniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z siedzibą w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** ul. ………………., wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ………….. o numerze NIP …………………….oraz REGON …………………….

**Ja niżej podpisana/y. …………………………………………………………………….…..** *(imię nazwisko)*

**Zostałem/am poinformowany przez MaJeR Sp. z o.o. Czarnieckiego 53 ; 01-541**

**Warszawa, tel. +48 22 869 93 60 wew. 16 ; Fax +48 22 839 90 21; NIP: 118-00-17-272**

**Klient detaliczny**

**Ja niżej podpisana/y. ………………………………………………………………………..** *(imię nazwisko)*

**zostałam/zostałem poinformowany przez MaJeR Sp. z o.o. Czarnieckiego 53 ; 01-541 Warszawa, tel. +48 22 869 93 60 wew. 16 ; Fax +48 22 839 90 21; NIP: 118-00-17-272**

**iż:**

1. **testy 2019-nCOV IgG/IgM Rapid Test Device (numer katalogowy K460216D) przeznaczone są do użytku profesjonalnego w diagnostyce *in vitro,* co oznacza, że test musi być wykonywany na pacjencie przez personel medyczny w warunkach laboratoryjnych.**
2. **zużyte testy stanowią zakaźny odpad medyczny i jako takie nie mogą być przedmiotem utylizowanym wraz z odpadami komunalnymi.**

Mając na uwadze powyższe oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentacji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jestem świadom/a iż ponosi/ ponoszę wyłączną odpowiedzialność za korzystanie lub wprowadzanie do obrotu testów w inny sposób niż wskazany powyżej.

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

 Czytelny podpis