

Załącznik nr do oferty

OŚWIADCZENIE

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ
PATOMORFOLOGICZNYCH DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

TM/ŚZ/4/2022

reprezentując firmę (pełna nazwa firmy)

.....
.....

Oświadczam, że:

Posiadamy/ nie posiadamy dostęp zapewniający możliwość sprawdzania on-line wyników przeprowadzonych badań patomorfologicznych.*

* Niepotrzebne skreślić

....., dnia

Podpis (osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)