

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.**

NM/ŚZ/3/2024

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)

Handwritten signatures and initials at the bottom left of the page.