Znak sprawy: UŚ/LFP/11/2024 Załącznik nr 6 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot zamówienia: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód lekarza lub psychologa lub farmaceuty dla pacjentów Udzielającego Zamówienia „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.**

Nazwa Oferenta: ...........................................................................................

Adres Oferenta : ............................................................................................

Oświadczam, że (1) do konkursu ofert przystępuję jako:

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,

2. Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny – nie prowadząca działalności gospodarczej.

1. zaznaczyć (podkreślić) jedną odpowiedź

……………………………………

Miejscowość i data

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

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)