Znak sprawy: UŚ/P/03/2025 Załącznik nr 7 do SWKO

Dane Oferenta:

Nazwa:...............................................

Adres:..................................................

# OŚWIADCZENIE OFERENTA

**Oświadczam, że:**

1. dyplom ukończenia szkoły/studiów medycznych (\*),
2. ważne prawo wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy),
3. inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń usług zdrowotnych   
   ( np. dyplomy specjalizacji oraz ukończone kursy),
4. dokumenty potwierdzające staż pracy (umowy, świadectwa pracy, itp.),
5. wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą (jeżeli dotyczy).
6. wypis z ewidencji działalności gospodarczej / KRS wystawiony nie później niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert ( jeżeli dotyczy),

są złożone w Dziale Pracowniczo-Organizacyjnym Zamawiającego, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

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

(miejscowość, data) (pieczątka , podpis)

(\*) – niepotrzebne skreślić