

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)