Znak sprawy: . UŚ/WF/05/2019 Załącznik nr 7 do SWKO

Dane Oferenta:

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

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

# OŚWIADCZENIE OFERENTA

**Oświadczam, że:**

1. Dyplom ukończenia szkoły/studiów medycznych
2. Ważne prawo wykonywania zawodu
3. Inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń usług zdrowotnych ( np. dyplomy specjalizacji oraz ukończone kursy)
4. Wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą (jeżeli dotyczy).
5. 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