Znak sprawy: UŚ/P/08/2019 Załącznik nr 6 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

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

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

Oświadczam, że 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.

(\*) zaznaczyć (podkreślić) jedną odpowiedź

……………………………………

 Miejscowość i data

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

 (podpis i pieczęć imienna Oferenta)