Znak sprawy: UŚ/R/10/2019 Załącznik nr 6 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

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

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

Oświadczam, że do konkursu ofert przystępuję jako:

1 (\*\*) Podmiot wykonujący działalność leczniczą/indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną/grupową praktykę fizjoterapeutyczną (\*) 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

(\*\*) niepotrzebne skreślić

……………………………………

Miejscowość i data

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

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)