Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

OŚWIADCZENIE

O ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ OFERENTA

Ja, niżej podpisana/y ……, niniejszym, działając jako……, uprawniony do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie, oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

……

(Imię, nazwisko, funkcja)

podpis Przyjmującego Zamówienie

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAWIERCIU
Piotr Zachariasiewicz