Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że jestem wpisany na dzień złożenia oferty do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295, z późn. zm.) pod numerem………………………………. oraz posiadam odpowiednie uprawnienia do prowadzenia świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług szczepień ochronnych.

………………., dnia ……………………

……….…………………………..

Podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej