



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