

.....
/miejsowość, data/

/ pieczęć firmy /

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składając ofertę na świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy oświadczam(y), że spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu tj.:

1. posiadam/y wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz
1. jestem/jesteśmy zarejestrowani w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy zgodnie z wymogami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Miejscowość i data	
Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy	