Załącznik nr 4

Dane Oferenta:
Nazwa…….
……
Adres:…….

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że będę realizował świadczenia zdrowotne/ nie będę realizował świadczeń zdrowotnych* będących przedmiotem umowy z udziałem podwykonawców/ bez udziału podwykonawców*.

….……

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowalnym)

* niewłaściwe skreślić