



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy

Adres:

Oświadczam, że na dzień złożenia oferty jestem wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) pod numerem..... oraz posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług szczepień ochronnych.

....., dnia

.....

Podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej