**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Bankowego Funduszu Gwarancyjnego****ul. ks. I. J. Skorupki 4****00-546 Warszawa** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych dla pracowników Bankowego Funduszu Gwarancyjnego** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający:** | ***DAZ/ZP/6/2021*** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** |  |
| **Adres pocztowy:**  |  |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** |  |

**OŚWIADCZENIE**

**O POSIADANIU UPRAWNIEŃ**

W związku z warunkiem opisanym w pkt. 7.2.1.1 SWZ składamy niniejszą ofertę oświadczając, że:

[ ] [[1]](#footnote-1) posiadamy przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz.2190 z późn zm.)

[ ] 1 nie posiadamy przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz.2190 z późn zm.)

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

1. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)