

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....
.....

Przystępując do udziału w przetargu ograniczonym na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy oraz innych świadczeń zdrowotnych, oświadczam, jako upoważniony reprezentant Wykonawcy, że dysponujemy placówkami medycznymi oraz elektronicznym systemem obsługi pacjenta o parametrach określonych w ogłoszeniu, których zestawienie przedstawiamy poniżej:

Placówka medyczna (nazwa, adres)	Podstawa dysponowania

System obsługi pacjenta (nazwa, opis)	Podstawa dysponowania

....., dnia

.....
*Podpis(y) upoważnionych
przedstawicieli Wykonawcy*