

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Nazwa Konkursu: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie leczenia bólu.**

| <b>Lp.</b> | <b>DOKUMENT</b>  | <b>ZŁOŻONY<br/>W OFERCIE</b> | <b>W POSIADANIU<br/>SZPZLO</b> |
|------------|--|------------------------------|--------------------------------|
| 1.         | Zaświadczenie o wpisie do CEIDG (dotyczy podmiotów wpisanych do ewidencji) |                              |                                |
| 2.         | Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą              |                              |                                |
| 3.         | Kopia prawa wykonywania zawodu   |                              |                                |
| 4.         | Dyplomy i zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe               |                              |                                |
| 5.         | Kopia polisy ubezpieczenia OC  |                              |                                |

Oświadczam, że stan prawny lub faktyczny dokumentów będących w posiadaniu SZPZLO  
Warszawa Praga - Północ nie uległ zmianie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis oferenta)