Załącznik nr 4
do Szczegółowego Regulaminu Przeprowadzenia Konkursu Ofert

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 2

Oświadczam, że przedmiotowe świadczenia zdrowotne udzielał będzie następujący podmiot:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

który:

- ✓ prowadzi działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego i posiada wpis do właściwego rejestru pod nazwą:

.....

- ✓ rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
- ✓ zgłosił(a) działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

* proszę niepotrzebne skreślić