

.....
/miejsowość 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