Załącznik nr 4 do SWKO

……..
/pieczęć firmowa z pełną nazwą Przyjmującego zamówienie/

OŚWIADCZENIE

o miejscu wykonywania badań

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w konkursie ofert z zakresu:

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów
Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica
/badania genetyczne w chorobach nowotworowych/

oświadczam, że miejscem wykonywania badań określonych w złożonej przeze mnie ofercie jest:

……..

……..

……..

…… ……..
/miejscowość, data/ */Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/*