

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez,
pod numerem

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:
☐ Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem
☐ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:
☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez,
pod numerem
☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
☐ nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

**właściwe zaznaczyć*