

.....  
(pieczęć Oferenta)

**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza patomorfologa dla  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie**

ja, niżej podpisany ..... działając  
w imieniu i na rzecz:

.....  
.....  
(pełna nazwa oraz adres siedziby Oferenta)

poniżej oświadczam:

iż dysponuję sprzętem niezbędnym do przeprowadzania sekcji zwłok.

.....  
Podpis Oferenta