.........................................................

 (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