

.....
(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