**Konkurs na wykonywanie badań TK, MRI, Scyntygrafii, Pantomografii oraz RTG zębów dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.**

Załącznik nr 7

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

pieczęć oferenta

Oświadczam, że posiadam następujące certyfikaty potwierdzające jakość świadczonych usług

1…………………………………………………………………………………………………………..

2. ………………………………………………………………………………………………………..

3. ………………………………………………………………………………………………………..