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

Załącznik nr 8

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

pieczęć oferenta

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że ………………………………………………………….(nazwa) prowadzę od roku ………… i przez cały okres działalności wykonuję badania   
w zakresie ………………

……………………………………………………………..

Podpis oferenta