*Załącznik nr 5 do SWK   
na wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów DCM Dolmed S.A.*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż laboratorium diagnostyczne prowadzę od ……………………… lat.

…………………………………………………….. ……………………………………………………..

**MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA**