*Załącznik nr 4 do SWK*

*na wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów DCM Dolmed S.A.*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, iż: |  |  |  |  |
| 1. Posiadam / nie posiadam\* Certyfikat ISO 90001
 |
| 1. Posiadam / nie posiadam\* Certyfikat ISO 27001
 |
| 1. Posiadam / nie posiadam\* Certyfikat ISO 15189
 |
| Ilość dziedzin na terenie województwa dolnośląskiego:………….. |

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

MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA

\* niepotrzebne skreślić