*Załącznik nr 5 do SWK*na zakup usług protetycznych *pacjentów DCM Dolmed S.A*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Adres**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Oświadczam, iż działalność w zakresie usług protetycznych prowadzę od ……………………… lat.

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

**MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA**