*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**