

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu jest jedynym Świadczeniodawcą u którego będą zbierane deklaracje lekarza POZ na moją osobę.

.....

data i podpis