



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 5

.....
pieczęć adresowa wykonawcy

Ja(My) niżej podpisany/ Ja(My) niżej podpisany, reprezentując(y) firmę, której nazwa jest wskazana w pieczęci nagłówkowej, jako upoważniony(eni) na piśmie lub wpisany(i) w odpowiednich dokumentach rejestrowych*, oświadczam(y), że wykonałem /wykonaliśmy niżej wymienione usługi:

L.P.	Przedmiot zamówienia	Termin wykonania usługi	Nazwa odbiorcy, adres, telefon
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

*Niepotrzebne skreślić

UWAGA: należy dołączyć dowody potwierdzające że usługi zostały wykonane należycie.

Składający oświadczenie uprzedzony jest o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego.

....., dnia

.....
Imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby /osób figurujących w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta lub we właściwym umocowaniu

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

**Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072**