|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wykonawcy** |

Wykonawca ..................................................

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„****Usługa zorganizowania turnusów usprawniających po przebytym COVID-19 dla mieszkańców oraz kadry Domów Pomocy Społecznej (DPS) z województwa łódzkiego”**

**oświadczam, że:**

1. **posiadam przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 633) - wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem ………………… (*wpisać nr księgi rejestrowej*)**

**Uwaga: Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego**