

Załącznik nr 3

SWKO Samodzielny Publiczny
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach
im. Lecha i Marii Kaczyńskich -Pary Prezydenckiej
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29
(dalej też jako: SP ZZOZ w Pionkach)

.....
miejsowość data

.....

imię nazwisko/nazwa

Oświadczenie

Oświadczam (y) ze dysponujemy (ję) tytułem prawnym do artroskopu, umożliwiającą nam / mnie bez żadnych przeszkód faktycznych i prawnych wykonywanie świadczeń objętych ofertą w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ Pionki przez cały okres obowiązywania umowy udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ Pionki i. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej w zakresie e ortopedii i traumatologii narządów ruchu. przez cały okres obowiązywania umowy.