**Załącznik nr 3 do SWKO**

 ……………………………………………………………………………..

*/pieczęć firmowa z pełną nazwą Przyjmującego zamówienie/*

**OŚWIADCZENIE**

**o miejscu wykonywania badań**

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w konkursie ofert z zakresu:

**Świadczenia zdrowotne dla pacjentów**

**Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica**

**/badania histopatologiczne/**

oświadczam, że miejscem wykonywania badań określonych w złożonej przeze mnie ofercie jest:

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………….…………………….. ………………………………………………………..

 */miejscowość, data/ /Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/*