



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY

*im. Jana Mikulicza – Radeckiego
we Wrocławiu*

ul. Borowska 213

50 – 556 Wrocław

Kancelaria: (71) 733 12 00

Fax: (71)733 12 09

strona internetowa: www.usk.wroc.pl

e-mail: kancelaria@usk.wroc.pl

Załącznik nr 4

.....
Imię i nazwisko Oferenta

lub pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE ¹

Niniejszym oświadczam, że nie później niż na dzień zawarcia umowy przedłożę kserokopie następujących dokumentów:

1. Kserokopia wpisu do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich (właściwa Izba Lekarska)
2. Kserokopia decyzji nadania numeru NIP
3. Kserokopia decyzji nadania numeru Regon
4. Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

¹ Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.