**Oświadczenie o doświadczeniu Oferenta**

Imię/Imiona .............................................................................................................................

Nazwisko ...............................................................................................................................

*(wypełnia osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)*

Nazwa Przyjmującego zamówienie

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

............................................................................................................................................................................

Adres

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

Niniejszym, oświadczam, że posiadam min. 5-letnie doświadczenie w zakresie diagnostyki rozrostów układu chłonnego.

Zobowiązuję się do niezwłocznego przedłożenia dokumentów potwierdzających moje doświadczenie na każdorazowe wezwanie Udzielającego Zamówienie.

…………………………………..

Miejscowość i data

…………………………………

podpis