

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr ROPS.X/2205/49/2020

Wykonawca:

nazwa:

adres:

NIP:

oświadcza, iż:

- a) posiada uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy i jest wpisany do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2019 poz. 2190),
- b) zapewni realizację przedmiotu zamówienia w lokalizacji/lokalizacjach leżących w odległości **maksymalnie 3 km** od siedziby Zamawiającego (ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań) mierzonej w ruchu pieszym zgodnie z <http://google.com/maps>

podać adres/adresy administracyjne

w ciągu jednego dnia tj. czas od rejestracji (najpóźniej o godz. 8.00) do otrzymania zaświadczenia lekarskiego nie przekroczy 8 godzin.

*Data i podpis osoby/osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*