

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl, email: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto:sekretariat@zzozwadowice.pl)

***Załącznik nr 2***

***OŚWIADCZENIE***

Oświadczam, że przy naprawie videogastroskopu TN 802/1851 oraz videokolonoskopu TN 802/1852 w pracowni Endoskopii zastosowane zostaną oryginalne części zamienne.

*...................................... , .............................................. ,*

*(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Dostawcy)*