Załącznik nr 5

……………………………….. …………………….., dnia ……………

Nazwa Wykonawcy

………………………………..

Adres Wykonawcy

………………………………..

Nr telefonu/faxu

………………………….……

NIP

………………………….……

REGON

Oświadczenie

do oferty na **świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Wągrowcu**

Oświadczamy, iż miejsce świadczenia usług znajduje się w odległości nie większej niż 70 km od siedziby Zamawiającego- (62-100) Wągrowiec, ul. Janowiecka 98A.

……………………………. …………………………….

 Pieczęć Wykonawcy Podpis osoby upoważnionej