*Załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej*

*w Sławkowie Aleksandry Mura nr 16/K /2022Dyrektora SPZOZ Sławków z dn. 09.12.2022r*

Oświadczenie

Nazwa Wykonawcy……………………………….

Adres Wykonawcy………………………………..

Numer telefony Wykonawcy……………………

W nawiązaniu do zapytania ofertowego dotyczącego kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie na okres od 01.01.2023r do 31.12.2025r oświadczamy, że:

1. Posiadamy placówkę(i), punkty kasowe, agencję bądź oddział w ( wymienić gdzie, proszę podać dokładny adres)

Miejscowość i data…………………………………………….Podpis Wykonawcy:…………………………………………….