

....., dnia.....2024 r.

.....

nazwa i adres Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

przystępując do konkursu ofert na
wykonywanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych

oświadczam, że **nie zalegam** w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych.

(podpis elektroniczny)