Załącznik nr 7 do SWKO

....., dnia.....2023 r.

……..

nazwa i adres Oferenta

OŚWIADCZENIE

przystępując do konkursu ofert na

wykonywanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych wraz z transportem

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

(podpis elektroniczny)