**Załącznik nr 7 do SWKO**

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

……..

nazwa i adres Wykonawcy

**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)*