**OŚWIADCZENIE**

1. **Zamawiający**

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** z siedzibą w Opolu, 45-075 Opole, ul. Krakowska 44, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 39436, posiadającym   
NIP: 7541091489 oraz REGON: 531163515,

1. **Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |

1. **Oświadczenie w sprawie adresu siedziby/oddziału rejestrowego**

Stosownie do wymagań Zamawiającego oświadczamy, że posiadamy siedzibę/oddział rejestrowy od co najmniej roku przed terminem złożenia oferty pod adresem:

**…-…… ……………, ul. …………… …/…**,

to jest w granicach administracyjnych Miasta Opola.

1. **Podpisy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość**  **i data** | **Pieczęć Wykonawcy** | **Imię i nazwisko osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** | **Podpis osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** |
|  |  |  |  |