**Załącznik nr 2 do SWK**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających termin składania ofert nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub w Zakładzie Opieki Zdrowotnej z mojej winy, w związku z nienależytym wykonywaniem zobowiązania.

………………...…………….

data i podpis Oferenta