

.....  
(oznaczenie wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

*(dot. pkt 2.4.2 i pkt 12.4 SIWZ)*

Oświadczam, że dysponuję własnymi przychodniami w rozumieniu pkt 2 ppkt 6 załącznika nr 1 do umowy, położonymi w granicach administracyjnych m. st. Warszawy.

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa przychodni</b>	<b>Adres</b>	<b>Zakres świadczonych usług</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>....</b>			

.....dnia.....  
miejsowość

.....  
( podpis osoby uprawnionej)