**Załącznik Nr 12 do SIWZ**

***N-M.ZP/U/11/2019***

*(pieczęć firmy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam, że ……………………………………………………………………………………….

 jest zarejestrowany

w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji Narodowego Funduszu Zdrowia pod nr ………………

………………………………………………………………………………………..

………………………………… …………………………………

(miejsce i data wystawienia) (podpis i pieczątka)