Areszt Śledczy
76-200 Słupsk, ul. Sądowa 1
tel. 59 848 32 00, fax 59 842 86 08, email: as_slupsk@sw.gov.pl

ZATWIERDZAM

Załącznik nr 2
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE

Przystępując do postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób pozbawionych wolności w ramach opieki psychiatrycznej w Areszcie Śledczym w Słupsku oraz Oddziale Zewnętrznym w Ustce Aresztu Śledczego w Słupsku oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osadzonych w Areszcie Śledczym w Słupsku oraz Oddziale Zewnętrznym w Ustce Aresztu Śledczego w Słupsku i nie wnoszę uwag,
- zapoznałem/am się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 4 i w pełni go akceptuję.

..... (miejscowość, data)

..... (pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych do składania oświadczeń)