Załązcnik nr 3 do zapytania ofertowego

nr SZ-4-4/2021

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma)*

……………………………………………………………..

*(adres)*

……………………………………………………………….

*(w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, nr KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Wobec złożenia oferty w postępowaniu na **„Świadczenie usług telefonii stacjonarnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym”**oświadczam, że Wykonawca jest wpisany do rejestru przedsiębiorców telekomunikacyjnych prowadzonego przez Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne, **pod numerem …………………(wskazać numer)**.

………………………………………….

(podpis, pieczątka Wykonawcy lub

osoby upoważnionej)