Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
ul. Bolesława Prusa 1/3, 05-400 Otwock

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**
Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ……

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……..

**Konkurs ofert pod nazwą „Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej i zabezpieczenia produktów leczniczych i wyrobów medycznych dla oddziałów SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Otwocku"**

**OŚWIADCZENIE**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia następujące warunki:

1) daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki,
2) wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego,
3) wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty.

……., dnia …… ……

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*