

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl, email: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto:sekretariat@zzozwadowice.pl)

***Załącznik nr 3***

***OŚWIADCZENIE***

Składając ofertę do zaproszenia na **usługę radiołączności dla ZZOZ w Wadowicach** oświadczam/y, że serwisuję/my radiotelefony do małopolskiego systemu radiołączności PRM w szpitalach powiatowych.

*............................................... , ............................................................ ,*

*(miejscowość, data) (osoba uprawniona do*

*reprezentowania Wykonawcy)*