Zielona Góra, ……….……….……….

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….

*(czytelnie imię i nazwisko)*

Niniejszym oświadczam, że

**[ ] POSIADAM**

**[ ] NIE POSIADAM**

ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM).

|  |
| --- |
| …………………………………….. |
| *(pieczątka i podpis Oferenta)* |