Załącznik nr 1 do umowy:

ZOZ/NKP/Nr ……../ A /2018

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że faktura, którą będę wystawiał/a na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu za udzielone świadczenia zdrowotne będzie posiadała następujące dane dotyczące mojej osoby jako sprzedawcy usług, które to dane są zgodne ze zgłoszeniem mojej działalności w Centralnej Ewidencji i Informacji   
o Działalności Gospodarczej (CEIDG) :

1) **imię i nazwisko**

........................................................................................................................................

2) **nazwa prowadzonej działalności**

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

3) **adres prowadzonej działalności gospodarczej**

........................................................................................................................................

*(należy wpisać adres, który został podany w zgłoszeniu w CEIDG),*

4) **NIP** ............................................

.............................................................

*czytelny podpis*

*składającego oświadczen*ie