Załącznik nr 8

**Oświadczenie**

Oświadczam, że umowę będzie realizowała apteka …………………………………………,

 nazwa oraz dokładny adres

która znajduje się w odległości …………od Domu pomocy Społecznej w Browinie.

…………………………….. dnia, ………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej (lub osób uprawnionych) do reprezentowania Wykonawcy