Załącznik nr 7

do zapytania ofertowego

……………………………………………………………………………

(Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**o czasie badania sprawozdań finansowych**

Oświadczam, że:

1. badanie sprawozdania finansowego Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie zostanie przeprowadzone przez biegłego rewidenta / zespół osobowy kierowany przez biegłego rewidenta. Biegły rewident / biegli rewidenci będą osobiście uczestniczyć w badaniu w siedzibie jednostki łącznie przez minimum:

|  |  |
| --- | --- |
| Badanie sprawozdania finansowego  za rok obrotowy 2019 | Badanie sprawozdania finansowego  za rok obrotowy 2020 |
| ………… godzin | ………… godzin |

1. badanie sprawozdania finansowego Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie zostanie przeprowadzone przez biegłego rewidenta / zespół osobowy kierowany przez biegłego rewidenta. Biegły rewident / biegli rewidenci będą osobiście uczestniczyć w badaniu w siedzibie jednostki łącznie przez minimum:

|  |  |
| --- | --- |
| Badanie sprawozdania finansowego  za rok obrotowy 2019 | Badanie sprawozdania finansowego  za rok obrotowy 2020 |
| ………… godzin | ………… godzin |