

.....
(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 godzin;
- 2) badanie sprawozdania finansowego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ 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 godzin;
- 3) badanie sprawozdania finansowego Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie, ul. Wielicka 267 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 godzin.