**Załącznik nr 7**

**Dane dotyczące posiadanego sprzętu medycznego:**

**TOMOGRAF KOMPUTEROWY:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **PRODUCENT** | **ROK PRODUKCJI** |
|  |  |  |

Oświadczam, że wskazany tomograf komputerowy spełnia wymogi określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (dział IV. Wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie).

…………………………………….

data, podpis osoby upoważnionej

**REZONANS MAGNETYCZNY:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **PRODUCENT** | **ROK PRODUKCJI** |
|  |  |  |

Oświadczam, że wskazany rezonans magnetyczny spełnia wymogi określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (dział IV. Wymagania stawiane Przyjmującemu zamówienie).

…………………………………….

data, podpis osoby upoważnionej