

**ЈАВНА НАБАВКА МАЛЕ ВРЕДНОСТИ
ВРШЕЊА УСЛУГА САВЕТНИКА ЗА ОСИГУРАЊА**

БРОЈ: 20/12

ИЗЈАВА

о прихватању услова из конкурсне документације

Овим изјављујем да _____

(Понуђач)

прихватам све услове наведене у конкурсној документацији за вршење услуга саветника за осигурање чланова Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије за ризик који може наступити због стручне грешке.

Име и презиме овлашћеног лица
(функција у фирми)

Број:

Место:

Датум:

М. П.

Потпис