Załącznik nr 3

do Szczegółowych Warunków Konkursu
SPZZOZ Szpital w Iłży

OŚWIADCZENIE

Nazwa Oferenta: .....

Adres Oferenta: .....

Numer telefonu: ..... Numer faksu: .....

REGON: ..... NIP: .....

Oświadczenie Oferenta:

1) Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2) Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3) Oświadczam, że uważam się za związanym/ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4) Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
5) Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6) Oświadczam, że nie zalegam z płaceniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
7) Oświadczam, że nie zalegam z płaceniem podatków i opłat.

....

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Oferenta)

Materiały informacyjne i Szczegółowe Warunków Konkursu:

- są dostępne w siedzibie Zamawiającego: Dział Kadr, I piętro, pokój 103, w dniach od poniedziałku do piątku w godz. 7^{25}-15^{00} lub na stronie internetowej Szpitala w Iłży www.szpitalilza.com.pl

*- dodatkowych informacji o warunkach konkursu **udziela Małgorzata Kozieł** – inspektor ds. kadr w Dziale Kadr, I piętro, pokój 103, nr kontaktowy: (48) 368-17-11*