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 Warunki Konkursu:***

1. *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*
2. *- dodatkowe informacje o warunkach konkursu pod nr telefonu: 48 368 17 11 – Dział Kadr*