

**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)

**Materialy 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<sup>25</sup>-15<sup>00</sup> lub na stronie internetowej Szpitala w Iłży [www.szpitalilza.com.pl](http://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