

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.

.....
(miejsowość, 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. 7²⁵-15⁰⁰ lub na stronie internetowej Szpitala w Łży www.szpitalilza.com.pl

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