Załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy SZW w Suwałkach

Suwałki, dnia ……………………………………

**Szpital Wojewódzki**

**im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach**

# 

# OŚWIADCZENIE OFERENTA

**Nazwa oferenta:**

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez SZW w Suwałkach. W przypadku rezygnacji z zawarcia umowy, zobowiązuję się do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienie kary w wysokości 10% jednomiesięcznego wynagrodzenia obliczonego według przedstawionej przeze mnie oferty cenowej.

.............................................................

(czytelny podpis oferenta)