

Załącznik nr 2

Suwałki, dnia ……………………………………

**Szpital Wojewódzki**

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

#

# OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. **Dane oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr fax |  |
| Adres e-mail |  |

**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. Zapoznałem się z Regionalnym Programem Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanym na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim”
4. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez SZW w Suwałkach.

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

 (czytelny podpis oferenta)