

Załącznik numer 2

do Regulaminu konkursu ofert nr 04/AOS/2019 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Dermatologicznej Przychodni Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej

.....
data, miejscowość

Nazwa, adres Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
- b) zapoznałem się z regulaminem konkursu ofert oraz wszystkimi załącznikami i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
- c) uważam się za związanego postanowieniami regulaminu konkursu oraz załączników;
- d) akceptuję „Wzór umowy” określony w załączniku numer 3 i w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się zawrzeć z Udzielającym Zamówienia umowę wg postanowień w nim zawartych;
- e) uzyskałem konieczne informacje do przygotowania oferty;
- f) spełniam warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt. 1, 2, 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki również art. 18 ust. 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy;
- g) zobowiązuje się do ponoszenia wszelkich kosztów związanych z przygotowaniem, wyborem i wykonaniem oferty.

podpis wraz z pieczęcią osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta



