

Załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie medycyny ratunkowej

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)