

Załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji w warunkach domowych dla osób ze Znacznym Stopniem Niepełnosprawności lub Niezdolnych do Samodzielnej Egzystencji

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)