Załącznik Nr 2 do WZ

……

Pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Działając w imieniu firmy:

Nazwa : ……

……

adres ……

NIP …… REGON ……

telefon …… Fax ……

adres poczty elektronicznej ……

Składając ofertę na

Dostawę SZCZEPIONEK

dla

SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO MIEJSKIEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
32 – 700 BOCHNIA, ul. Floris 16

Oznaczenie sprawy: 19/ZP/ZO/SPMZOZ/2023

Oświadczam(y), że:

1. zapoznaliśmy się z warunkami postępowania i nie wnosimy zastrzeżeń
2. akceptujemy warunki umowy i w przypadku przyjęcia naszych produktów z najkorzystniejszą wartością brutto dla Zamawiającego, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych.
3. Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest :

……

nazwisko i imię , stanowisko

…… dnia ……2023 r.

(miejscowość

……

podpis i pieczątka Wykonawcy