Załącznik nr 2 do oferty

.....
pieczęć adresowa Oferenta

O Ś W I A D C Z E N I E

1. Oświadczam(y), że zapoznałem (-liśmy) się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert –SWKO na udzielenie świadczeń medycznych wykonywania badań diagnostycznych: mikrobiologicznych i laboratoryjnych dla Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni ul. Floris 16 – Oznaczenie sprawy : Nr 20/ZP/K/SPMZOZ/2023 0 i nie wnoszę(simy) w tym zakresie żadnych zastrzeżeń

2. Oświadczam(y), że zapoznałem (liśmy) się wszystkimi dokumentami oraz koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.

3. Oświadczam(y), że uważam(y) się związanym (-ni) ofertą przez okres 30 dni.

4. Oświadczam(y),, że nie wnoszę(simy) zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję(jemy) się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

5. Oświadczam(y), że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

6. Oświadczam(y), że posiadam(y) odpowiednie wyposażenie, oraz dysponuję(emy) wykwalifikowanym personelem zdolnym do wykonania przedmiotu umowy.

7. Oświadczam(y), że dysponuję(emy) odpowiednimi środkami transportu zapewniający właściwy przewóz materiałów analitycznych do badania.

.....
Miejscowość, data

……...……..…
Podpis i pieczątka Oferenta