**Załącznik nr 1   
do Szczegółowych warunków konkursu**

**,, Oświadczenie Oferenta”**

|  |
| --- |
| Imiona .................................................................................................................................................  Nazwisko ............................................................................................................................................  *(wypełnia osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)*  Nazwa Oferenta ................................................................................................................  ...........................................................................................................................................  Adres .................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| Niniejszym, oświadczam, że:   1. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń. 2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert. 3. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń. 4. Zobowiązuję się, w imieniu Oferenta, w przypadku wyboru oferty do zawarcia umowy  w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu. W przypadku rezygnacji  z zawarcia umowy, zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, kary w wysokości 0,1 % jednomiesięcznego wynagrodzenia obliczonego według przedstawionej przeze mnie oferty cenowej na pierwszy pełny miesiąc wykonania umowy.   ……………………….. ……………………………  miejsce i data podpis |