**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   |