**Załącznik nr 2**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**“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 projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń. 1. Zobowiązuję się, w imieniu Oferenta, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu. W przypadku rezygnacji z zawarcia umowy, zobowiązuję 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   |