**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 |