*Załącznik nr 2 - oświadczenie Oferenta*

**OŚWIADCZENIE**

**Konkurs nr 5/2024/DZP/B**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma): .........................................................................................

 ........................................................................................

Adres: ..........................................................................................

 ..........................................................................................

Nr telefonu: ........................................ Nr faksu: ..................................................

Adres poczty elektronicznej: .........................................................................................

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie.

2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i Materiałami Informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.

4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.

5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Materiałach Informacyjnych i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.

6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną dotyczą przetwarzania danych osobowych do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr K5/2024/DZP/B.

*......................................................................... ..................................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*