

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert dla lekarzy Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu SWKO oraz wzorem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Do chwili zawarcia umowy z Powiatowym Centrum Zdrowia POWMED w Pruszczu Gdańskim, jednak nie później niż przed pierwszym dniem okresu obowiązywania umowy dostarczę polisę OC obejmującą zakres udzielanych świadczeń na warunkach określonych w SWKO oraz zapewnię jej ciągłość w trakcie obowiązywania umowy.
3. Nie prowadzę działalności konkurencyjnej względem Udzielającego zamówienia.
4. Złożone przeze mnie kserokopie dokumentów zgodne są z oryginałami.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta