

Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@powmed.pl;
www.powmed.pl
Adres do e- Doręczeń: AE:PL-76523-43032-TEIIC-29

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert uzupełniającym dla lekarza systemu 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

.....
czytelny podpis oferenta