



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieniu**

**78-520 Złocieniec, ul. Kańsko 1**

tel. 94-36-71-222, fax. 94-37-21-453

[www.szpitalkansk.pl](http://www.szpitalkansk.pl) e-mail: szpitalkansk@pro.onet.pl

NIP: 253-00-98-261

Regon: 330086948

Nr KRS 0000027543 SR w Koszalinie IX Wydział KRS

....., dnia .....2023 r.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji  
Szpital Specjalistyczny  
w Złocieniu**

## **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Ja, niżej podpisany/a ....., niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert przeprowadzonym przez SPZOZ MSWiA Szpital Specjalistyczny w Złocieniu,
2. Zapoznałem/am się z treścią regulaminu przeprowadzenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne i akceptuję warunki konkursu, a w szczególności prawo ogłaszającego konkurs do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert,
3. Zostałem/am zapoznany/a z możliwością złożenia protestu i odwołania,
4. Wszystkie dane jakie zawarłem/am w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym,
5. Zapoznałem/am się z treścią umowy, a w przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, na warunkach zawartych w Załączniku nr 2 (Kontrakt) do Oferty,
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych zamieszczonych w ofercie w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko objęte konkursem.

.....  
podpis