

.....  
Miejscowość i data

### **Oświadczenie oferenta**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczególnymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Medycyny Pracy.
2. Niniejszym zgadzam się z warunkami konkursu ofert oraz przyjmuję je do stosowania.
3. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, poza wyjątkiem określonym w § 7 ust. 2 umowy.
5. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości..... zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą - zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy w terminie do .....

.....  
(pieczęć i podpis oferenta)