

**Załącznik nr 1
do Oferty Konkursowej**

....., dnia2025 r.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
Centrum Rehabilitacji
w Górznie**

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert przeprowadzanym przez SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie,
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