*Załącznik nr4 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej w Sławkowie Aleksandry Mura nr 16/K /2022Dyrektora SPZOZ Sławków z dn. 09.12.2022r*

....................................... .....................................

Pieczątka Wykonawcy Miejscowość i data

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przystępując do udzielania kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

oświadczamy/y, że:

1. zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie **z siedzibą przy ul. PCK 3, 41-260 Sławków tel. 32-29-31-003**dotyczącym kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
3. w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w Załączniku NR 2 pkt 3 formularza ofertowego
4. podmiot który reprezentuję/my posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia.
5. posiadam/y również niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał ekonomiczny i techniczny do wykonywania zamówienia.
6. znajduję/my się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

.......................................................................... data , czytelny podpis Wykonawcy