



Załącznik Nr 3 do SWKO

OPIPZ.V.520.1.2025

Lublin, dnia r.

pieczętka Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotyczy konkursu ofert na:

**Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie medycyny pracy na rzecz pacjentów WOMP CP-L w Lublinie Filia Nr 1
Kod zamówienia: 85143000-3 usługi ambulatoryjne**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z projektem umowy i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do jej treści.
4. Oświadczam, że nie zalegam w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, nie jestem zwolniona/y z ich uiszczania.
5. Oświadczam, że nie zalegam w opłacaniu podatków, nie jestem zwolniona/y z ich uiszczania.
6. Oświadczam, że nie byłam/em karany prawomocnym orzeczeniem sądu.
7. Oświadczam, że przedłożę polisę OC najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

data i podpis Oferenta