

Gryfice, dn.

.....
Pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam do niego uwag.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

2. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

4. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty/ wszystkie dokumenty znajdujące się w posiadaniu SPZZOZ w Gryficach są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

5. Oświadczam że zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO stanowiącą załącznik nr 5 do regulaminu konkursu ofert.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

6. Oświadczam, że korzystałem / nie korzystałem z odpłatnych szkoleń finansowanych przez firmy medyczne za ostatnie 3 lata.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

7. Oświadczam o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)

8. „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia konkursu i rozpoznania mojej oferty, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”

.....
(podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli)