

.....  
(miejsowość, data)

**Dane oferenta:**

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

**Dotyczy:** Konkursu ogłoszonego dnia ..... na .....

.....

**OŚWIADCZENIE  
w zakresie zakazu konkurencji**

Oświadczam, iż w przypadku zawarcia ze mną umowy na .....  
..... zobowiązuję się w czasie trwania tejże umowy do  
niewykonywania w ramach własnej działalności gospodarczej lub w innych podmiotach  
lecniczych usług medycznych, które mogłyby wpływać negatywnie na jakość, ilość, lub  
terminowość usług objętych umową zawartą z SPZZOZ w Gryficach (usług konkurencyjnych).  
Podstawą do uznania usług świadczonych w innych podmiotach za konkurencyjne mogą być  
zastrzeżenia zgłoszone przez NFZ.

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)