## Załącznik nr 2

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

.................... dnia ................

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

(pieczątka Oferenta)

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Aleksandrowie Łódzkim**

**95-070 Aleksandrów Łódzki**

**Ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1**

Nazwa Oferenta: .........................................................................................................................

Adres Oferenta:............................................................................................................................

NIP ..................................................... REGON ...................................... Tel. ...............................

Strona internetowa: ................................... E-mail: ......................................Fax ........................

Nr konta:......................................................................................................................................

Numer wpisu laboratorium w rejestrze KIDL ………………………………..…………………………………….….

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: …............................................ Tel. ......................

Osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu: ...................................................................

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy   
   i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w projekcie umowy,  
   w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia (Załącznik nr 3).
3. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty jej złożenia.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń objętych postępowaniem  
   z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod  
   w pomieszczeniach, które spełniają wymogi obowiązujących przepisów dotyczących medycznego laboratorium diagnostycznego.
7. Oświadczam, że posiadam odpowiednią aparaturę i kompetentny personel zdolny do wykonywania badań będących przedmiotem zamówienia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego oraz wykonywania świadczeń określonych w umowie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r.  
   o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ) oraz Rozporządzeniem 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 ( Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r, str. 1 ). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

……........................................................

(podpis Oferenta)