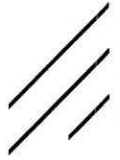




SCTT sp. z o.o.
NZOZ Akademicka
Poliklinika Stomatologiczna



Załącznik nr 2

.....
Pieczątką z pełną nazwą Oferenta

..... dnia

SCTT sp. z o.o.
NZOZ Akademicka
Poliklinika Stomatologiczna
ul. Krakowska 26
50-425 Wrocław

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert, jak również z treścią załączników do SWKO 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 Zamawiającego.
3. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.

.....
/data, pieczęć i podpis Oferenta/

Stomatologiczne Centrum Transferu Technologii Sp. z o.o.
NZOZ Akademicka Poliklinika Stomatologiczna
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław

Tel.: 71 78 40 421
E-mail: biuro@aps.wroclaw.pl
www.aps.wroclaw.pl

NIP 897-16-67-544
REGON 932711350

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS0000101945
Kapitał zakładowy: 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych)
Bank Zachodni WBK S.A. 35 Oddział we Wrocławiu nr rach. bank. 51 1500 1793 1217 9003 8580 0000

