**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie oferenta**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym z projektem umowy oraz nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie przez SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich, 41-500 Chorzów, ul. Władysława Truchana 7 w zakresie procesu konkursowego zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000 z późń. zm.).

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*