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

(Nazwa i adres oferenta ) (miejscowość, data)

**Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**

**ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych٭) koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.

……………………………………………….

( podpis oferenta)

٭ w przypadku gdy nie dotyczy, skreślić