

ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA POUFNOŚCI

dotyczące treści memorandum informacyjnego zawierającego informacje o sytuacji prawnej i ekonomiczno-finansowej Szpital Powiatowy w Białogardzie Sp. z o.o. oraz innych dokumentów udostępnianych Podmiotom zainteresowanym nabyciem prawa użytkowania udziałów Szpital Powiatowy w Białogardzie Sp. z o.o. w trybie negocjacji na podstawie publicznego zaproszenia

.....

.....

1. w przypadku osoby fizycznej nie będącej przedsiębiorcą podać /imię, nazwisko, adres, PESEL, rodzaj i nr dowodu tożsamości ;
2. w przypadku przedsiębiorców podać firmę, siedzibę, nr wpisu do rejestru przedsiębiorców lub do ewidencji działalności gospodarczej, numery REGON i NIP.

reprezentowany przez

na podstawie

niniejszym zobowiązuje się wobec Powiatu Białogardzkiego do zachowania poufności oraz nie ujawniania i nieprzekazywania innym osobom, jak również do niewykorzystywania dla własnych celów poza postępowaniem w trybie negocjacji na podstawie publicznego ogłoszenia w sprawie odpłatnego obciążenia prawem użytkowania niżej wymienionych udziałów, wszelkich informacji zawartych w kserokopiach memorandum zawierającego informacje o sytuacji prawnej i ekonomiczno-finansowej Szpital Powiatowy w Białogardzie Sp. z o.o., otrzymanych w związku z publicznym zaproszeniem do negocjacji ogłoszonym przez Powiat Białogardzki w celu dokonania odpłatnego obciążenia prawem użytkowania stanowiących własność tego Powiatu pakietu **100 (sto) udziałów o wartości nominalnej każdego udziału po 1000 zł** (jeden tysiąc złotych), stanowiących 100% kapitału zakładowego **Spółki pod firmą Szpital Powiatowy w Białogardzie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Białogardzie** ul. Chopina, nr 29, 78-200 Białogard, wpisanej do rejestru przedsiębiorców KRS pod numerem 0000525422, posiadającej numer NIP: 3020002009.

W razie niewykonania lub nienależytego wykonania przyjętego obowiązku do zachowania poufności Powiat Białogardzki będzie mógł żądać od Podmiotu składającego niniejsze zobowiązanie do zachowania poufności naprawienia szkody albo wydania uzyskanych przez niego korzyści.

.....

/podpis osoby składającej oświadczenie zawierający pełne imię i nazwisko/