IDP.0245.47.2026

Załącznik nr 3 do SWKO

…….
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu konkursowym na udzielanie kompleksowej opieki lekarskiej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej w zakresie chorób wewnętrznych przez lekarza internistę (od ok. 100 – do ok. 120 godzin miesięcznie) w Konsultacyjnej Poradni Internistycznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach, ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce. (Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne, Kod CPV 85112200-9: Usługi leczenia ambulatoryjnego).

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem ubezpieczony/a od odpowiedzialności cywilnej w zakresie obejmującym szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego.

Jednocześnie oświadczam, że po wyborze mojej oferty jako najkorzystniejszej przedłożę polisę OC (ważną na dzień składania oferty) potwierdzającą ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej na którą składam ofertę z dnia ..... r.

…….
podpis Oferenta