IDP.0245.46.2026

Załącznik Nr 3 do SWKO

…….
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; w trybie ambulatoryjnym oraz trybie jednego dnia w rodzajach leczenie szpitalne – chemioterapia, leczenie szpitalne – programy lekowe, oraz przeprowadzanie badań kontrolnych i wizyt w ramach Gabinetu Badań Kontrolnych Follow - up przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów (od około średnio 150 godzin do około średnio 250 godzin miesięcznie), w Klinice Onkologii Klinicznej, 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 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