
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce (Kod CPV 85121200 – 5: Specjalistyczne usługi medyczne) 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 składałam ofertę z dnia _____r.

podpis Oferenta