*Załącznik Nr 3 do SWKO*

…………………………………….
(Miejscowość, data )

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC**

W związku z moim udziałem w postępowaniu na **udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii onkologicznej przez lekarza specjalistę w Klinice Chirurgii Onkologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ** w Kielcach ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce. **(Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne).**

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)*