

IDP.0245.36.2025

.....
(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 lekarzy specjalistów (ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii piersi)** obejmujące: udzielanie świadczeń zdrowotnych, okazjonalne pełnienie dyżurów medycznych, realizację zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii onkologicznej (jako główny operator, asysta), udział w Wielodyscyplinarnych Zespołach Terapeutycznych w ramach Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, przeprowadzanie konsultacji lekarskich na wezwanie lekarza kierującego ŚCO w Klinice Chirurgii Onkologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce. (Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne, kod CPV 85121300-6: specjalistyczne usługi chirurgiczne).

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 składałam ofertę z dnia r.

.....
(podpis Oferenta)