

Załącznik Nr 3 do SWKO

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na sprawowaniu kompleksowej opieki lekarskiej w trybie ambulatoryjnym oraz w trybie jednego dnia w leczeniu szpitalnym – chemioterapia i programy lekowe w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę (od około 150 do około 200 godzin miesięcznie), w Klinice Onkologii Klinicznej 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