

.....  
(Miejscowość, data)

### **OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC**

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiednio do swoich kwalifikacji z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarzy specjalistów w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach, ul. S. 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)