

IDP.0245.5.2026

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań biopsji mammotomicznej oraz biopsji gruboigłowej piersi przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w Pracowni Mammotomicznej Zakładu 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