

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie kompleksowej opieki lekarskiej stacjonarnej oraz ambulatoryjnej w zakresie chorób wewnętrznych przez lekarza internistę (od około średnio 80 godzin do ok. średnio 120 godzin miesięcznie) w Zakładzie Radioterapii/ Konsultacyjnej Poradni Internistycznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (Kod CPV 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne, Kod CPV 85112200-9: Usługi leczenia ambulatoryjnego).

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)