

.....
miejsowość, 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 składałam ofertę z dnia r.

.....
podpis Oferenta