Załącznik Nr 5 do SWKO

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na pełnienie dyżurów medycznych w zakresie medycyny paliatywnej przez lekarzy specjalistów w Dziale /Zakładzie Medycyny Paliatywnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne).Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem ubezpieczony 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)