

IDP.0245.35.2026

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej przez lekarza specjalistę obejmujące: udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin i nie większym niż 200 godzin miesięcznie, pełnienie dyżurów medycznych, pełnienie dyżurów „pod telefonem”, realizację zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej (jako główny operator, asysta), udział w Wielodyscyplinarnych Zespołach Terapeutycznych, przeprowadzanie konsultacji lekarskich na wezwanie lekarza kierującego ŚCO w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi 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)