

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza specjalistę lub specjalistę II stopnia w zakresie neurologii, w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (od około 128 godzin do około średnio 170 godzin miesięcznie) w Konsultacyjnej Poradni Neurologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach, ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce (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