

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie radiologii interwencyjnej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie zabiegów wewnątrznaczyniowych i termoablacji w Klinice Chirurgii Onkologicznej z wykorzystaniem zasobów sprzętowych Bloku Operacyjnego oraz pracowni Zakładu Diagnostyki Obrazowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach ul. 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)