

IDP.0245.25.2026

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z moim udziałem w postępowaniu na udzielanie przez lekarzy specjalistów kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii onkologicznej, obejmujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze od ok. 140 godzin do ok. 250 godzin średniomiesięcznie, pełnienie dyżurów pod telefonem w wymiarze średniomiesięcznie ok. 80 godzin (w odniesieniu na jednego specjalistę), w Klinice Chirurgii Onkologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce. (Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne, kod CPV 85121300-6: specjalistyczne usługi chirurgiczne).

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)