



**MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI**  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

Załącznik nr 4 do SWKO

Gdynia, dnia.....

.....  
.....  
.....  
(dane oferenta)

**OŚWIADCZENIA**  
**w sprawie wymaganej dokumentacji ubezpieczeniowej OC,**  
**orzeczeń lekarskich i zaświadczeń BHP**  
**(dotyczy zakresu nr 1 oraz zakresu nr 2 przedmiotu konkursu dla Oferentów indywidualnych – np. JDG)**

Zobowiązuję się do posiadania - na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu zamówienia najpóźniej na jeden dzień przed terminem rozpoczęcia realizacji umowy:

1. aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011, Nr 293, poz. 1728), o wartości finansowej minimum 30 000 euro na jedno i 150 000 euro na wszystkie zdarzenia - **polisa indywidualna, dotyczy ratowników medycznych,**

**lub odpowiednio**

aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tj. Dz. U 2025, poz.272) o wartości finansowej minimum 30 000 euro na jedno i 150 000 euro na wszystkie zdarzenia – **polisa indywidualna, dotyczy pielęgniarek systemu;**

2. aktualnej umowy od **odpowiedzialności cywilnej za szkody** wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, których nie obejmuje ubezpieczenie wskazane w pkt 1 powyżej – **w tym dotyczących uszkodzenia, zniszczenia lub utraty rzeczy;**
3. aktualnej umowy od **odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone podczas kierowania ambulansem / pojazdem uprzywilejowanym w ruchu**, których nie obejmuje ubezpieczenie wskazane w pkt 1 i 2 powyżej – **OC Kierowcy (dot. zakresu nr 2);**
4. **orzeczenia lekarskiego** wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy w zespole ratownictwa medycznego w zakresie przedmiotu umowy **oraz orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych;**
5. zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/ poż - w zakresie przedmiotu umowy.

Dokumenty powyższe powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta / Przyjmującego zamówienie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*

\* Na podstawie stosownego pełnomocnictwa uwierzytelnionego przez notariusza lub przez mocodawcę