



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik Nr 3 do SWKO

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

W związku z udziałem w postępowaniu na udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych **w zakresie genetyki dla uczestników projektu „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”** w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce.

(Kod CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne, Usługi medyczne- 85121000-0).

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem ubezpieczony/a/podmiot w imieniu którego działam*¹ jest ubezpieczony 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.

.....
(podpis Oferenta)

* niepotrzebne skreślić