Załącznik nr ……

……
Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie

PESEL

……
Stanowisko

……
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

……
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE
dotyczące ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej

(Dotyczy konkursu ofert nr: ***ZP-****……)*

Niniejszym oświadczam, iż*:

☐ Posiadam umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, HBV oraz HCV.
Kopię polisy zobowiązuję się przedłożyć najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.

☐ Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).
Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, HBV oraz HCV.
Kopię polisy zobowiązuję się przedłożyć najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.

……
Data i podpis Przyjmującego zamówienie

* *zaznaczyć właściwe, stawiając znak „**X**”*