

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot zamówienia: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: balneologii i medycyny fizykalnej/rehabilitacji medycznej dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawisko-Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Krynicy-Zdroju.**

*Oświadczam, że złożę polisę lub inny dokument obowiązkowego ubezpieczenia OC na kwotę nie mniejsza niż ..... zł za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanych świadczeń zdrowotnych najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia realizacji umowy.*

Krynica-Zdrój .....

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)