

Załącznik nr 4 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa dla osób uprawnionych do tych świadczeń w 20 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ w Krynicy-Zdroju.

Oświadczam, że złożę w terminie do dnia zawarcia umowy kopię ubezpieczenia OC od zdarzeń związanych z realizowanym świadczeniem medycznym na kwotę 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 866 z późn. zm.).

W przypadku gdyby okres ubezpieczenia wynikający z przedkładanej polisy nie obejmował całego okresu obowiązywania umowy, zobowiązuję się do przedkładania kopii dokumentu potwierdzającego kontynuację ubezpieczenia OC w powyższym zakresie na pozostały okres obowiązywania Umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć imienna Oferenta