

Załącznik nr 4 do formularza oferty

.....
miejsowość i data

.....
.....
.....

nazwa oferenta

OŚWIADCZENIE

1) Zobowiązuję się w chwili rozpoczęcia realizacji umowy z SPZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie do posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie:

- aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą tj. minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC winna wynosić 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.
- aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w karetce/ambulansie oraz jej wyposażeniu, jak również w sprzęcie medycznym i niemedycznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,
- aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW.

.....
podpis oferenta