

.....
miejscowość 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,
 - aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe 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)