WSZ. DAT.SZP. 042.1.10/2021 Załącznik nr 2 do SWKO

**O Ś W I A D C Z E N I E**

# Oświadczam, że w związku ze złożeniem przeze mnie oferty w postępowaniu konkursowym znak: WSZ.DAT.SZP. 042.1.10/2021 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji, pełnienia dyżurów medycznych lekarskich oraz gotowości i wezwań do pracy w Oddziale Ortopedyczno- Urazowym zobowiązuję się do dostarczenia aktualnej polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.11.2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U z 2011r., Nr 293, poz. 1729) z uwzględnieniem klauzuli dotyczącej chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby i wirusa HIV najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

Data: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pieczęć i podpis Oferenta*