WSZ. DAT.SZP. 042.1.17/2021 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. 042.1.17/2021 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oraz pełnienia dyżurów medycznych lekarskich w zakresie niezabiegowym jak i zabiegowym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć zobowiązuję się do dostarczenia aktualnej polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U z 2019r. poz. 866) z uwzględnieniem klauzuli dotyczącej chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby i wirusa HIV najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

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