

.....  
**Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PESEL**

.....  
**Stanowisko**

.....  
**Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....  
**Telefon kontaktowy**

## **OŚWIADCZENIE**

### **dotyczące ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej**

(Dotyczy konkursu ofert nr: **ZP**-.....)

**Niniejszym oświadczam, iż\*:**

- Posiadam umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, HBV oraz HCV.  
Kopię polisy zobowiązuję się przedłożyć najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.
- Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkody wyrządzone w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).  
Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, HBV oraz HCV.  
Kopię polisy zobowiązuję się przedłożyć najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.

.....  
**Data i podpis Przyjmującego zamówienie**

\* zaznaczyć właściwe, stawiając znak „X”