

.....  
*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”