Załącznik nr ……

……
***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***”*