

Dane Wykonawcy:

Nazwa:.....

Adres:.....

NIP:.....

REGON.....

Osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy, w tym do podpisania umowy:

.....

Oświadczenie Wykonawcy o posiadaniu polisy OC:

(spełniające warunek przystąpienia do udziału w postępowaniu)

**Świadczenie usług w zakresie obsługi zabezpieczenia medycznego
dla funkcjonariuszy Policji garnizonu zachodniopomorskiego**

Oświadczam, iż jako Wykonawca świadczący usługi medyczne, na czas obowiązywania umowy na świadczenie usług z zakresu zabezpieczenia medycznego, posiadam ważną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej (OC) nr....., wystawioną przez:....., ważną od..... do..... na kwotę..... z tytułu szkód wyrządzonych w związku ze świadczeniem usług medycznych określonych w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r., w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866).

....., dn.

.....

podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty
(zaawansowany podpis elektroniczny)