

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy

.....

Adres:

.....

Niniejszym oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011.29.1729).

.....

Data

.....

Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy