**Załącznik nr 4 1/2021/EO/**

**………………………**

………………………

……………………….

(Nazwa i adres oferenta)

OŚWIADCZENIE\*

1. Przystępując do konkursu ofert ogłoszonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego ul. Długa ½, 61-848 Poznań na wykonywanie na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie**:** ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji i sekcji zwłok, **zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** w zakresie prowadzonej działalności na sumę gwarancyjna nie niższą niż suma określona w obowiązujących przepisach prawa przez cały okres obowiązywania umowy (Rozporządzenie Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz.U.2019.866), w terminie 2 dni roboczych od dnia zawarcia umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

...............................................

**Data i podpis przyjmującego zamówienia**

**\*podpisać w przypadku gdy w terminie składania ofert, oferent nie jest ubezpieczony**