**Załącznik nr 2 – Oświadczenie dot. posiadania ubezpieczenia OC**

 **Konkurs nr…………………..**

**………………………**

………………………

……………………….

(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 świadczeń zdrowotnych w zakresie: konsultacji kardiologicznych obejmujących badania echokardiograficzne, elektrokardiograficzne oraz badania laboratoryjne Troponin:
2. ***(niewłaściwe zdanie skreślić)***

**a) zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** **w terminie 2 dni roboczych od dnia zawarcia umowy i przesłania kopi ubezpieczenia do Udzielającego Zamówienia, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym**

1. **b) załączam kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**
2. w zakresie prowadzonej działalności na sumę gwarancyjną 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).

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

**Data i podpis Oferenta**