Załącznik nr 1 do SWK

.....

(imię i nazwisko oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz SP ZOZ Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy w okresie od dnia 01.08.2023r. od godziny 7 rano do dnia 01.07.2025r. do godziny 7.00 lub 8.00 rano (w zależności od godziny zakończenia wyznaczonego dyżuru), Szczegółowymi Warunkami Konkursu z załącznikami, wzorem umowy z załącznikami i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ Powiatowym Pogotowiem Ratunkowym w Świdnicy zawrę umowę ubezpieczenia **od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na które zostanie wybrana moja oferta, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.

3. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ Powiatowym Pogotowiem Ratunkowym w Świdnicy zawrę umowę (polisę) ubezpieczeniową odpowiedzialności **od szkód majątkowych**. Umowa ubezpieczenia winna być kontynuowana przez cały okres umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tj. od dnia 1 sierpnia 2023r. od godz. 7.00 rano do dnia **1 lipca 2025r**. do godz. 7.00 lub 8.00 rano (w zależności od godziny zakończenia wyznaczonego dyżuru) – kserokopia

3. Zobowiązuje się do zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres od dnia 01.08.2023r.od godziny 7.00 rano do dnia 01.07.2025r. do godziny 7.00 lub 8.00 rano (w zależności od godziny zakończenia ustalonego dyżuru).

....

(miejscowość, data) (podpis oferenta)