**Załącznik nr 3**

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 6/2024

na rzecz SPZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą

……………………………………………………….

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE**

Zobowiązuję się do posiadania na koszt własny i przedstawienia do dnia …………….r. Udzielającemu Zamówienia aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ( **OC** ), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729 ).

……………………………………………………….

podpis osoby składającej oświadczenie