*Załącznik nr 4 do
Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert*

 Słupsk, dnia...............................

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Zobowiązuję się do zawarcia polisy ubezpieczeniowej o odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, w oparciu o Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 roku (Dz.U. 2019 r., poz. 866), w ciągu siedmiu dni od przyjęcia oferty, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(podpis oferenta)*