*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 Bielskiego Pogotowia Ratunkowego w okresie od 01.10.2023 r. do 31.12.2024 r., Szczegółowymi Warunkami Konkursu, wzorami umów
i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z Bielskim Pogotowiem Ratunkowym 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.

………………………….…………………… …………………………………………

 ( miejscowość, data ) ( podpis oferenta )