I Z B A W Y T R Z E Ź W I E Ń
ul. K a s z t a n o w a 16, 87-100 T o r u ń
sekretariat tel./fax 56/645 89 96
sekretariat@moeipu.pl www.iw.torun.pl

Załącznik Nr 7 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.1.2026

Zamawiający: Izba Wytrzeźwień, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

Wykonawca:

……
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowani przez:

……
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OC

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu w okresie od 1.01.2027r. do 31.12.2027r.**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca którego reprezentuję jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej.
Po wyborze mojej oferty jako najkorzystniejszej przedłożę polisę (ważną na dzień składania oferty) potwierdzającą ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej na którą składam ofertę.

…….
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty