Załącznik Nr 7 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.2024

**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 1.01.2025r. do 31.12.2025r. dla zadania nr ……………………………..***,* 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