Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy o kontynuacji ubezpieczenia OC**

Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej / naszej firmy do realizacji przedmiotowego zadania, zobowiązuję się do kontynuacji ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji umowy.

Każdorazowe odnowienie polisy zobowiązuję się przekazywać w terminie do 30 dni od upływu ważności polisy poprzedzającej

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)