Załącznik nr 2

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczeniowej o odpowiedzialności cywilnej   
za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, w oparciu o obowiązujące rozporządzenie, najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

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

*(Miejscowość, data) (podpis oferenta lub pełnomocnika)*