Dane Oferenta:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ………………………………………………

nr telefonu: …………………………………………

NIP: …………………….………………….

REGON: …………………….……………..

Oświadczenie

Oświadczam, iż w przypadku wygaśnięcia aktualnej polisy OC spełniającej warunki określone w **rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej** (*Dz. U. z 2011r. Nr 293 poz.1728*), zobowiązuję się do jej kontynuacji   
na zasadach wymienionych w ww. rozporządzeniu. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na cały okres obowiązywania umowy.

….……………………………………. …………………………………

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)