Znak sprawy 24/24/ZP

Załącznik 3 – Wzór noty pokrycia

**NOTA POKRYCIA UBEZPIECZENIOWEGO**



Nazwa i adres Zamawiającego :

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej**

**ul. Szpitalna 1**

**33-200 Dąbrowa Tarnowska**

Nazwa i adres Wykonawcy:

................................................

................................................

................................................

Wykonawca niniejszą notą pokrycia ubezpieczeniowego gwarantuje objęcie ochroną ubezpieczeniową od dnia ....................... r. przedmiot zamówienia w zakresie i na warunkach oferty   
z dnia............................ oraz warunkach wskazanych w formularzu ofertowym stanowiącym załącznik   
nr ……… do SWZ w oparciu o postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego numer sprawy: 24/24/ZP prowadzone w trybie podstawowym z możliwością negocjacji.

Niniejsza Nota Pokrycia wygasa z dniem wystawienia polis ubezpieczeniowych.

Niniejsza nota pokrycia została wystawiona w jednym egzemplarzu.

........................, r.

/ miejsce i data wystawienia Noty Pokrycia Ubezpieczeniowego /