

**ANEXO VI. COMPROMISO DE RENOVACIÓN SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD CIVIL**

DON/DOÑA \_\_\_\_\_, con  
D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, c/  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, actuando en su propio nombre y derecho, o  
en representación de la empresa \_\_\_\_\_, con C.I.F.  
\_\_\_\_\_, a la cual represento en calidad de  
\_\_\_\_\_.

**DECLARO RESPONSABLEMENTE**

Que me comprometo, ante el Órgano de Contratación de Mutua de Andalucía y de Ceuta, a renovar el Seguro de Responsabilidad Civil descrito en el apartado 14.1 del Cuadro de Características durante toda la vigencia del contrato de servicio para la asistencia sanitaria especializada en fisioterapia y realización de pruebas complementarias de radiodiagnóstico con destino a los trabajadores integrados en el colectivo protegido de Mutua de Andalucía y de Ceuta, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 115, en la localidad de Sotogrande.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se expide y firma la presente declaración, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.