

**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 de asistencia sanitaria en régimen ambulatorio y fisioterapia a los trabajadores integrados en el colectivo protegido de la Mutua de Andalucía y de Ceuta, en la localidad de Coín (Málaga).

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se expide y firma la presente declaración, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Fdo. \_\_\_\_\_