Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 99/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2023 r.

**OŚWIADCZENIEA WNIOSKUJĄCEGO**

Dane Wnioskującego:

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**Oświadczam, że:**

1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów oraz przyjmuję je do stosowania;

2) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3 ) posiadam tytuł prawny do korzystania z:

a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;

4) w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:

a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;

5) będę wykonywał świadczenia objęte umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 3-4;

6) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;

7) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;

8) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

9) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................... |  | .................................................... |
| Miejscowość, data |  | Wnioskujący\* |

*\* kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*