Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 99/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2023 r.

**OŚWIADCZENIE  
o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów**

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu Świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie\* :

1) świadczenia lekarza poz,

2) świadczenia pielęgniarki poz,

3) świadczenia położnej poz, w tym:

a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,

b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej,

5) świadczenia transportu sanitarnego w poz,

6) koordynacja opieki- zadania koordynatora

7) świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

a) grupa dziedzinowa – Diabetologia

b) grupa dziedzinowa – Kardiologia

c) grupa dziedzinowa – Endokrynologia

d) grupa dziedzinowa – Pulmonologia

|  |  |
| --- | --- |
| obowiązujące w okresie rozliczeniowym | ..........……………………………………………. |
|  | dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr |
| wynikające z aktualnych przepisów\*\* |  |
|  |  |  |
| .......................................... |  | .......................................... |
| Miejscowość, data |  | Wnioskujący\*\*\* |

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*w szczególności wydanych na podstawie art. 159 ust. 2 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.)*

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