Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 99/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2023 r.

**OŚWIADCZENIAE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW**

Dane Wnioskującego:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ………………………………………………

nr telefonu: ………………………………………..

Nr NIP: …………………….………………….......

Nr REGON: …………………….……………........

1. Oświadczam, że jestem\*:

⁭1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez …………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… ,

⁭2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez …………………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

⁭3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

⁭ nie dotyczy\*\*

2. Oświadczam, że jestem wpisany do\*:

⁭ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem …………………………………….…….. .

⁭ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jestem wpisany do\*:

⁭ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

⁭ nie dotyczy

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

*\* właściwe zaznaczyć*

*\*\* możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy*

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