

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

.....
reprezentowany przez

.....,
oświadcza, iż przekazał ratownikom medycznym udzielającym u niego świadczeń opieki zdrowotnej środki, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373), za okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 lipca 2018 r., w sposób, o którym mowa w § 3 ww. rozporządzenia, w wysokości.....zł.

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć