

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

.....
reprezentowany przez

.....,

oświadcza, że przekazał podwykonawcy środki, o których mowa w § 2 ust. 4 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34), na dokonanie wypłaty ratownikom medycznym oraz pielęgniarkom systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 niniejszego rozporządzenia za miesiąc 2019 r., a podwykonawca wypłacił tym ratownikom medycznym lub pielęgniarkom systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne środki w sposób, o którym mowa w § 3 ww. rozporządzenia, w wysokościzł.

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć