**Dane Świadczeniodawcy:**

**Nazwa……………………….**

**Adres………………………...**

**Nr umowy…………………...**

**OŚWIADCZENIE**

…………………………………………………………………………………………………. reprezentowany przez ………………………………………………………………………………………………….,

oświadcza, że przekazał ratownikom medycznym oraz dyspozytorom medycznym,  
o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 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) środki, o których mowa w § 2 ust. 4 pkt. 1 niniejszego rozporządzenia, za miesiąc …………. 2019 r.   
w sposób, o którym mowa w § 3 ww. rozporządzenia, w wysokości ………………..zł.

Miejscowość, data ………………………….. Podpis i pieczęć