

**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