

Dane Wnioskującego:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

## OŚWIADCZENIA WNIOSKUJĄCEGO

### Oświadczam, że jako wnioskujący:

- 1) zapoznałem się z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 4) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 5) spełniam w każdym miejscu udzielania świadczeń warunki wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 7) złożyłem wymagane zarządzeniem dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskującego)