Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 77/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**WZÓR**

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW**

1. Oświadczam, że jestem:

podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

prowadzonego przez ……………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

nie dotyczy.

2. Oświadczam, że jestem wpisany do\*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem …………………………………….…….. .

nie dotyczy.

3. Oświadczam, że jestem wpisany do\*:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

nie dotyczy.

............................................................. .............................................................

Miejscowość, data Wnioskodawca\*\*

*\*właściwe zaznaczyć*

*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*