Załącznik Nr 3 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 ASORTYMENCIE PRODUKTÓW HANDLOWYCH**

Oświadczam, że zgłoszony do formularza wniosku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne asortyment wyrobów medycznych został zamieszczony na Portalu\*:

1. pod numerem ID zestawu produktów handlowych ..................(numer ID) wersja\*\* ............

(numer wersji zestawu) miejsce\*\*……………………………;

2. pod numerem ID zestawu produktów handlowych ......................(numer ID) wersja ......................

(numer wersji zestawu) miejsce ……………………….……;

3. pod numerem ID zestawu produktów handlowych .......................(numer ID) wersja ......................

(numer wersji zestawu) miejsce ……………………….……;

4. pod numerem ID zestawu produktów handlowych .......................(numer ID) wersja ......................

(numer wersji zestawu) miejsce ……………………….……. .

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

miejscowość i data Wnioskodawca\*\*\*

*\* jeżeli wniosek dotyczy kilku miejsc udzielania świadczeń, do których zgłoszono różne zestawy produktów*

*handlowych, należy wymienić wszystkie zestawy, ich wersje oraz miejsce*

*\*\* jeżeli dotyczy*

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