

.....
Miejscowość, data

.....
.....
.....
Nazwa i adres świadczeniodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że spełniam i będę spełniać w okresie rozliczeniowym,

dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

deklarowane w ankiecie warunki dodatkowe do realizacji świadczeń, które podlegały ocenie w postępowaniach, w wyniku których została zawarta umowa*

w rodzaju:
nazwa rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej

i zakresie
nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczam również, że w przypadku zmiany warunków udzielania świadczeń w trakcie trwania umowy, zobowiązuję się dostosować do nich w wyznaczonym przez Fundusz terminie, pod rygorem skutków określonych w § 36 OWU¹

Jednocześnie oświadczam, że znane mi są zasady odpowiedzialności karnej określone w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 ze zm.)

.....
Podpis świadczeniodawcy

* art. 158 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

¹ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 81, poz.484)