Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 158/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 grudnia 2022 r.

**WZÓR**

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….…………………….....

Nr REGON: …………………….………………….

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ASORTYMENCIE PRODUKTÓW HANDLOWYCH**

Niniejszym 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 Świadczeniodawca\*\*\*

\* 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 albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem