

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem*:

podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem

praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem

osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.,

nie dotyczy**

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem

nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do*:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 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.).

.....
miejsowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

* właściwe zaznaczyć

** możliwe wyłączenie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy