

**Dane składającego oświadczenie**

.....

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy  
Numer umowy z NFZ

**OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ**

**(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)**

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji  
pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od 01. .... do 31 grudnia ..... r.  
(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....  
miejsce, data

.....  
pieczęć i czytelny podpis osoby  
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

**Dane przyjmującego oświadczenie**

.....

.....

.....

Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia udzielania powyżej wskazanych świadczeń od  
składającego oświadczenie.

.....  
miejsce, data

.....  
pieczęć i czytelny podpis osoby  
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy