

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(miejscowość, data)

.....
(kod umowy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam niniejszym, że będę realizował świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2016.1793 z późn. zm.) oraz w Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów, które będą obowiązywać w 2018 r. pod rygorem skutków prawnych.