

.....
Miejscowość, data

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

OŚWIADCZENIE

o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów*

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu świadczeniodawcy oraz że dane o potencjale zawarte w Portalu świadczeniodawcy są aktualne i zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń

w rodzaju:
nazwa rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej

i zakresie
nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

obowiązujące w okresie rozliczeniowym,
dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów*.

.....
Podpis świadczeniodawcy

*w szczególności wydanych na podstawie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U.2016.1793 z późn. zm.).