Zał. 1

………………………………… ………………………………………………………

(pieczątka 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.2018.1510 z późn. zm.) oraz w Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów, które będą obowiązywać w 2019 r. pod rygorem skutków prawnych.