**Załącznik**

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa: ………………………………………  
adres: …………………………………………  
Nr umowy: …………………….………………….

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że jako świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z …………. Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu………….., w następujących w zakresach i miejscach udzielania świadczeń:

1. …………………………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………………………

5. …………………………………………………………………………………………

spełniam wszystkie wymagania do udzielania od dnia 1 stycznia 2012 r. świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. ) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz. U. 140, poz. 1143 z późn. zm.), w tym w szczególności zmienione przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 244, poz. 1457), dotyczące warunków realizacji świadczeń gwarantowanych od dnia 1 stycznia 2012 r. oraz wymagania określone w Zarządzeniu Nr 90/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2011 r. zmieniającym zarządzenie Nr 72/2011 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne.

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile będzie ona kontynuowana, oraz odpowiedzialnością wynikającą z Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

........................................................... .............................................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)