

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Nazwa, adres i nr telefonu siedziby Świadczeniodawcy

## OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Niniejszym oświadczam, iż nie uległy zmianie dokumenty rejestrowe dotyczące:

1. w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

-aktualny wypis z rejestru wojewody lub Ministra Zdrowia  
-aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego w części dotyczącej rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej ( w przypadku spzoz);

2. w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej:

-aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub  
-aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego w części dotyczącej rejestru przedsiębiorców.

Oświadczam również, że nie zostały wprowadzone zmiany do umowy spółki czy obowiązującego statutu.

Jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia aktualnej, wyżej wymienionej dokumentacji do właściwego Działu MOW NFZ, w przypadku gdy do powyższej dokumentacji zostały lub zostaną wprowadzone zmiany.

Oświadczam, że zgodnie z aktualnie obowiązującymi dokumentami rejestrowymi:

- nazwa świadczeniodawcy brzmi:

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

- z siedzibą (adres siedziby):

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

- wszystkie osoby upoważnione do reprezentowania świadczeniodawcy:

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

- sposób reprezentacji (w przypadku spółek)

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

- Oświadczam, że pełnomocnictwo dla P.....jest ważne

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka świadczeniodawcy i czytelne  
podpisy wszystkich osób uprawnionych  
do reprezentowania świadczeniodawcy