

Gdańsk, dnia .....

.....  
*Pieczęć Świadczeniodawcy*

**POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
UL. MARYNARKI POLSKIEJ 148  
80-865 GDAŃSK**

### OŚWIADCZENIE

Potwierdzam, iż wszystkie dane (w szczególności numer konta bankowego) zawarte w elektronicznej wersji danych dotyczących mojej placówki w rodzaju poz w zakresie (odpowiednie podkreślić):

- nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz
- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w poz
- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w poz
- nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w poz
- nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej w poz

są zgodne z obecnym stanem faktycznym i prawnym oraz są właściwe do zawarcia na ich podstawie umowy na realizację świadczeń w powyższym zakresie/zakresach w okresie 01.01.2011-28.02.2011 r.

Oświadczam, że:

jestem upoważniony do reprezentowania świadczeniodawcy\*;

jestem upoważniony do reprezentowania świadczeniodawcy na podstawie pełnomocnictwa – w załączeniu\*.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

UWAGA. Oświadczenie winno być złożone w formie pisemnej i zawierać podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń za świadczeniodawcę.