

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

### OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem .....,
- ☐ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem .....,
- ☐ osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego  
pod numerem .....
- ☐ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- ☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,  
prowadzonej przez .....,  
pod numerem .....
- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

\*właściwe zaznaczyć