Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**OŚWIADCZENIE  
(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)**

**Dane składającego oświadczenie**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

*Oznaczenie świadczeniodawcy*

*Numer umowy z NFZ*

Niniejszym oświadczam, że wskazuję do realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz

|  |  |
| --- | --- |
| od …………………………… do | 31 grudnia ……………...... r./na czas nieoznaczony[1](fnote://480e33ce-4749-4c80-a3fa-098de88bacb3)), |
| *(miesiąc rok)* |  |

dla populacji pacjentów zadeklarowanych w zakresie lekarza poz do mojej placówki przez przyjmującego niniejsze oświadczenie.

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................... | ....................................... |
| *miejscowość, data* | *oznaczenie Świadczeniodawcy* |

**Dane przyjmującego oświadczenie**

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

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

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

*Oznaczenie świadczeniodawcy*

Niniejszym, potwierdzam gotowość do realizacji świadczeń transportu sanitarnego w poz, na rzecz zadeklarowanych pacjentów w zakresie lekarza poz u składającego niniejsze oświadczenie, na okres nie krótszy niż określony powyżej.

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................... | ....................................... |
| *miejscowość, data* | *oznaczenie Świadczeniodawcy* |