

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

O UZGODNIENIU PODZIAŁU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ, PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE

.....
reprezentowany przez

.....,

oświadcza, iż dokonał podziału środków, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 2 z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia” w okresie od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r.,

- odpowiednio do możliwości wynikających z formy prowadzenia działalności leczniczej, poprzez:

- 1) zawarte porozumienie; albo
- 2) pozytywnie zaopiniowany sposób podziału środków
- o których mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia; albo
- 3) w sposób, o którym mowa w § 2 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia.¹

Kopie stosownych dokumentów stanowią załączniki do oświadczenia.

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć

¹ niepotrzebne skreślić