

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

OŚWIADCZENIE

o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie¹:

- 1) świadczenia lekarza poz,
- 2) świadczenia pielęgniarki poz,
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
 - a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej,
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz

obowiązujące w okresie rozliczeniowym

dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów².

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

¹ niepotrzebne skreślić

² w szczególności wydanych na podstawie art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938.)