

Dane Wnioskującego:

Nazwa:
 adres:
 nr telefonu:
 Nr NIP:
 Nr REGON:

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem*:

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

↑ nie dotyczy**

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do*:

↑ Krajowego Rejestru Sądowego
 pod numerem

↑ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do*:

↑ 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 (Dz.U.z 2017r. poz. 1938, z późn. zm.).

.....
 miejscowość, data)

.....
 (pieczęć, podpis)

* właściwe zaznaczyć

** możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy