

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE

Wnioskując niniejszym o zawarcie ze mną na okres, umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR) oświadczam, że:¹

I. Dokumenty²:

1. kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
2. kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania;

II. Informacje:

1. dotyczące personelu medycznego i harmonogramów jego pracy;
2. dotyczące posiadanego sprzętu;

- zostały złożone (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia do umowy nrdotyczącej świadczeń (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

.....
miejscowość, data

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

¹ 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

² Wnioskujący skreśla dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia