**Dane Świadczeniodawcy:**

**Nazwa……………………….**

**Adres………………………...**

**Nr umowy…………………...**

**OŚWIADCZENIE**

…………………………………………………………………………………………………. reprezentowany przez ………………………………………………………………………………………………….,

oświadcza, że przekazał ratownikom medycznym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej środki, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373), za miesiąc …………. 2018 r. w sposób, o którym mowa w § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia, w wysokości …………………..zł.

Miejscowość, data ………………………….. Podpis i pieczęć