**Dane Świadczeniodawcy:**

**Nazwa……………………….**

**Adres………………………...**

**Nr umowy…………………...**

**OŚWIADCZENIE**

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

oświadcza, iż przekazał ratownikom medycznym udzielającym u niego 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 okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 lipca 2018 r., w sposób, o którym mowa w   
§ 3 ww. rozporządzenia, w wysokości…………………..zł.

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