

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*:
 - prowadzonego przez,
pod numerem
 - nie dotyczy
2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, jestem wpisany do*:
 - Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem
 - nie dotyczy
3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, jestem wpisany do*:
 - Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez,
pod numerem
 - 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 2018 r. poz.1510, z późn. zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis wnioskodawcy)

**właściwe zaznaczyć*