Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 77/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**WZÓR**

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….…………………….....

Nr REGON: …………………….………………….

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ZAWARTYCH UMOWACH Z PODWYKONAWCAMI**

Oświadczam, że w zgłoszonym/zgłoszonymi do formularza wniosku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne podwykonawcą/podwykonawcami została zawarta umowa zawierająca zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Lista podwykonawców:

1. Kod podwykonawcy, nazwa podwykonawcy, adres, umowa z podwykonawcą od ….. do .….

2.

3.

.................................................... ......................................................

miejscowość i data Wnioskodawca\*

*\* kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*