

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ**(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)**

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od do 31 grudnia r./na czas nieoznaczony¹
(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....
miejsce, data

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

Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....

Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia od składającego oświadczenie, udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz na podstawie umowy zawartej z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, na okres nie krótszy niż określony w niniejszym oświadczeniu (powyżej).

.....
miejsce, data

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

¹ niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.