

OŚWIADCZENIE

(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

Niniejszym oświadczam, że wskazuję do realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz od do 31 grudnia r./na czas nieoznaczony¹,
(miesiąc rok)

dla populacji pacjentów zadeklarowanych w zakresie lekarza poz do mojej placówki przez przyjmującego niniejsze oświadczenie.

.....

miejsowość, data

.....

oznaczenie Świadczeniodawcy

Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy

Niniejszym, potwierdzam gotowość do realizacji świadczeń transportu sanitarnego w poz, na rzecz zadeklarowanych pacjentów w zakresie lekarza poz u składającego niniejsze oświadczenie, na okres nie krótszy niż określony powyżej.

.....

miejsowość, data

.....

oznaczenie 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.