**Dane Świadczeniodawcy**

NAZWA: ………………………………………

ADRES: …………………………………….…

NR UMOWY: ………………………………….

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

* + 1. zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
		2. zapoznałem się i akceptuję warunki **zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna** oraz ich finansowania określone w *Zarządzeniu Nr 77/2015/DSOZ* ***Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*** *z dnia 19 listopada 2015 r.* ***w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna***
		3. zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w w/w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów
		o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)