

Oznaczenie świadczeniodawcy  
Nr umowy z NFZ

## OŚWIADCZENIE

### o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu Świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie<sup>1</sup>:

- 1) świadczenia lekarza poz,
- 2) świadczenia pielęgniarki poz,
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
  - a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej,
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz

obowiązujące w okresie rozliczeniowym .....  
dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr  
wynikające z aktualnych przepisów<sup>2</sup>.

.....  
miejsce, data

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

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> w szczególności wydanych na podstawie art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938.)