Zał. 1

……………………………………

Miejscowość, data

…………………………………

………………………………….

…………………………………..

Nazwa i adres świadczeniodawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych**

**do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów\***

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu świadczeniodawcy oraz że dane o potencjale zawarte w Portalu świadczeniodawcy są aktualne i zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń

w rodzaju: ……………………………………………………………………..…

nazwa rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej

i zakresie …………………………………………………………………………

nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

obowiązujące w okresie rozliczeniowym …………………………………….,

dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów\*.

……………………………………………..

Podpis świadczeniodawcy

\* z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych   
z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z późn. zm. (Dz. U. poz. 1413)