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: leczenie szpitalne, w 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 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych   
z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013.1520), z późniejszymi zmianami oraz zarządzeniem  
nr **89/2013/**DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 roku, w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z późniejszymi zmianami.