

Załącznik nr 3

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa:

.....

Adres:

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 -j.t.), uniemożliwiająca realizację zawartej umowy.

Podanie nieprawdziwych informacji uzasadniać będzie zastosowanie sankcji, wynikających z Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1146 j.t. z późn. zm.)

.....

(pieczęć, podpis)