

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 (t. j. Dz. U. z 2015. poz. 581 z późn.zm), uniemożliwiająca realizację zawartej umowy.

Podanie nieprawdziwych informacji uzasadniać będzie zastosowanie sankcji, wynikających z Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 ws. ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r., poz 1400 z późn.zm).

.....

(pieczęć, podpis)