

.....
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