

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 (tekst jedn.: Dz. U. 2015 poz. 581 z późn. zm.), 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.)

.....

(pieczętka, podpis)