

.....  
.....  
.....  
Nazwa i adres świadczeniodawcy

**OŚWIADCZENIE O WOLI PRZEDŁUŻENIA OKRESU OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**NUMER:...../2013**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU:**

.....  
na podstawie o art. 4 ust 1 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych  
ustaw (Dz. U. z 2013 r., poz. 1290 z 6 listopada 2013 r.)

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie obowiązywania umowy  
zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach **na okres od.....2014 roku do ..... 2014**  
**roku**, na warunkach finansowych określonych w propozycji planu rzeczowo - finansowego  
na rok 2014 ( załącznik 1).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)