

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 (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 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 (t.j.Dz.U.2016.1146 z późn. zm.)

.....

(pieczętka, podpis)