Zał. 2

……………………………………

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: **ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne i** zakresie:

…………………………………………………………………………………….

nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….…….………………………………………………………………………………

…….………………………………………………………………………………

obowiązujące w okresie **od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 roku**, wynikające   
z aktualnych przepisów.

……………………………………………..

Podpis świadczeniodawcy

\*Nie należy przedkładać odrębnych oświadczeń dla kosztów świadczeń wynikające z §2 rozporządzenia OWU- ambulatoryjna opieka specjalistyczna.