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-poradnie specjalistyczne** i zakresie\*:

…………………………………………………………………………………….

nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

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

…….………………………………………………………………………………

…….………………………………………………………………………………

…….………………………………………………………………………………

obowiązujące w okresie **od 1 stycznia do 31 października 2019 roku**, wynikające z aktualnych przepisów.

……………………………………………..

Podpis świadczeniodawcy

\*Nie należy przedkładać odrębnych oświadczeń dla zakresów skojarzonych tzn:

* pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02,
* kwalifikacja do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych- zakres skojarzony do zakresu nefrologii 02.1130.001.02,
* kwalifikowanie do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych - zakres skojarzony do nefrologii dla dzieci 02.1131.001.02,
* świadczenia pierwszorazowe (we wszystkich zakresach świadczeń),
* diagnostyka onkologiczna – karta DiLO (we wszystkich zakresach świadczeń),
* świadczenia zabiegowe (we wszystkich zakresach świadczeń),
* koszty świadczeń wynikające z §2 rozporządzenia OWU- ambulatoryjna opieka specjalistyczna.