

.....  
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: .....  
nazwa rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej

i zakresie .....  
nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

obowiązujące w okresie rozliczeniowym .....,  
dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów\*.

.....  
Podpis świadczeniodawcy

\*w szczególności wydanych na podstawie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).