

**Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 13 lutego 2015 r.**

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

NIP: .....

REGON: .....

**OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW**

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem księgi rejestrowej.....,
- ☐ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,  
prowadzonego przez .....,  
pod numerem księgi rejestrowej .....,
- ☐ osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego  
pod numerem .....
- ☐ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- ☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,  
prowadzonej przez .....,  
pod numerem .....
- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

.....  
(miejscowość, data)

\*właściwie zaznaczyć

.....  
(pieczęć, podpis)