

**Dane składającego oświadczenie**

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy  
Numer umowy z NFZ

**OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ**

**(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)**

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od ..... do 31 grudnia ..... r./na czas nieoznaczony<sup>1</sup>

(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczętka i czytelny podpis osoby  
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

**Dane przyjmującego oświadczenie**

.....

.....

.....

Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia od składającego oświadczenie, udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz na podstawie umowy zawartej z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, na okres nie krótszy niż określony w niniejszym oświadczeniu (powyżej).

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczętka i czytelny podpis osoby  
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.