

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem*:

↑1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez,
pod numerem

↑2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez,
pod numerem

↑3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

↑nie dotyczy**

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do*:

↑Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem

↑nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do*:

↑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 2015 r. poz. 518, z późn. zm.).

.....
miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

* właściwe zaznaczyć

** możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy