

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

(-wzór-)

OŚWIADCZENIA WNIOSKUJĄCEGO

Oświadczam, że jako wnioskujący:

- 1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
- 4) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania wniosku określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) zapoznałem się z aplikacją informatyczną obsługującą postępowanie określoną przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w regulaminie technicznym przygotowania wniosku;
- 6) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 7) w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:
 - a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;
- 8) będę wykonywał świadczenia objęte umową z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 6;

- 9) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 10) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 11) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 12) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 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)

.....

(pieczęć, podpis)