Zał. 2

……………………………………

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.).