

Załącznik nr 3

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa:

.....

Adres:

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 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 późniejszymi zmianami), uniemożliwiająca realizację zawartej umowy.

Podanie nieprawdziwych informacji skutkować może odpowiedzialnością wynikającą z Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484), a także odpowiedzialnością karną na podstawie art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88 poz. 553, z późniejszymi zmianami).

.....

(pieczęć, podpis)