

.....
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.).

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).