

.....
.....

nazwa, adres i nr telefonu siedziby wnioskodawcy

(wzór)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. 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.).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zarządzeniem Nr .../...../DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, zwanym dalej „zarządzeniem”.
3. Akceptuję przedstawione mi warunki współpracy i wzór umowy oraz zobowiązuję się do realizacji zleceń zgodnie z ww. zasadami.
4. Oświadczam również, że w zakresie prowadzonej działalności, w każdym miejscu udzielania świadczeń, spełniam wszystkie wymogi określone przez Fundusz w zarządzeniu.
5. Przedmiotowa działalność jest prowadzona w miejscach, czasie i przez osoby wskazane w załączniku nr 1 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne.
6. Osoby realizujące umowę posiadają kwalifikacje określone w załączniku nr 7 do zarządzenia oraz spełniają kryteria określone w innych przepisach prawa.
7. Przedstawiłem we wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne wyłącznie wyroby medyczne, które zostały wprowadzone do obrotu i do używania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
8. Spełniam, w każdym miejscu udzielania świadczeń, wymagania lokalowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 159 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. Złożyłem wymagane zarządzeniem dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne.

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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

.....

miejscowość i data

.....

pieczętka i czytelny podpis