

## OŚWIADCZENIE

(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)

### Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

*Oznaczenie świadczeniodawcy*  
*Numer umowy z NFZ*

Niniejszym oświadczam, że wskazuję do realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz od ..... do 31 grudnia ..... r./na czas nieoznaczony<sup>1</sup>,  
(miesiąc rok)

dla populacji pacjentów zadeklarowanych w zakresie lekarza poz do mojej placówki przez przyjmującego niniejsze oświadczenie.

.....

*miejsowość, data*

.....

*oznaczenie Świadczeniodawcy*

### Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....

*Oznaczenie świadczeniodawcy*

Niniejszym, potwierdzam gotowość do realizacji świadczeń transportu sanitarnego w poz, na rzecz zadeklarowanych pacjentów w zakresie lekarza poz u składającego niniejsze oświadczenie, na okres nie krótszy niż określony powyżej.

.....

*miejsowość, data*

.....

*oznaczenie Świadczeniodawcy*

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.