

**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.

.....

*miejsce, 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.

.....

*miejsce, data*

.....

*oznaczenie Świadczeniodawcy*