

Załącznik nr 6 do Informacji

.....
.....
.....

.....
Nazwa, adres siedziby i nr telefonu, numer umowy
na świadczenia POZ świadczeniodawcy
składającego oświadczenie

.....
.....

.....
Nazwa, adres siedziby i nr telefonu Świadczeniodawcy
przyjmującego oświadczenie

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie opieką w zakresie*:

- 1) nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 2) nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 3) transportu sanitarnego w POZ.

osób, znajdujących się na listach świadczeniobiorców świadczeniodawcy składającego oświadczenie.

.....
Miejscowość, data

.....
pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

* niepotrzebne skreślić