

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

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

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

Niniejszym oświadczam, że realizację poniżej wskazanych świadczeń dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki :

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

ceduję na, przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....

Miejscowość, data

.....

pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....

Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia udzielania powyżej wskazanych świadczeń od składającego oświadczenie.

.....

Miejscowość, data

.....

pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach. Po jednym dla każdej ze stron.

* niepotrzebne skreślić