

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

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

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji
pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od 01. do 31 grudnia r.
(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć 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

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