

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczenie dotyczy: umowy*

Oświadczam, że

- 1) akceptuję i będę spełniał od dnia 1 stycznia 2016 r. warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 z późn. zm.);
- 2) zapoznałem się z obowiązującymi od dnia 1 stycznia 2016 r. warunkami wymaganymi od Świadczeniodawców, określonymi w drodze *zarządzenia nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*; akceptuję je i będę je spełniał od dnia 1 stycznia 2016 r. oraz przyjmuję je do stosowania od ww. daty;
- 3) zapoznałem się z warunkami finansowania świadczeń (objętych ww. umową) na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r., określonymi w zarządzeniu, o którym mowa w pkt 2, akceptuję je i przyjmuję do stosowania;
- 4) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz. U. z 2015 r., poz. 1400 z późn. zm.)
- 5) zapoznałem się i akceptuję postanowienia umów wprowadzone w drodze warunków, o których mowa w pkt 2;
- 6) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 7) będę wykonywał świadczenia objęte umową z Oddziałem Funduszu w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 6;
- 8) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 9) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) dane przedstawione w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 11) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zmianami).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis¹)

*Niniejsze oświadczenie składa się odrębnie w stosunku do każdej zawartej umowy.

¹ Oświadczenie podpisuje osoba uprawniona do reprezentowania Świadczeniodawcy

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć świadczeniodawcy

Oświadczenie

o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych
do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów *

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu Świadczeniodawcy oraz że dane o potencjale zawarte w Portalu Świadczeniodawcy są aktualne i zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna obowiązujące w okresie rozliczeniowym 2016-01-01 – 2016-12-31 wynikające z aktualnych przepisów *.

.....
Podpis świadczeniodawcy

* w szczególności wydanych na podstawie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2015, 581 ze zmianami.).