………………………………………………..

Data sporządzenia oświadczenia

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. wyrażam chęć przystąpienia do zawarcia umowy na:

 nieodpłatne przekazywanie danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń,

 odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń,

1. w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zrealizowano świadczenia dla następujących zakresów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kod zakresu (świadczenia stacjonarne) | Liczba świadczeniobiorców 2013 | Liczba świadczeniobiorców 2014 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Kod zakresu (świadczenia niestacjonarne) | Liczba porad 2013 | Liczba porad 2014 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Kod zakresu (świadczenia dzienne i hostele) | Liczba pobytów 2013 | Liczba pobytów 2014 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………..…………………………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej świadczeniodawcę