

.....  
Miejscowość, data

.....  
.....  
.....  
Nazwa i adres 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: .....

nazwa rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej

i zakresie .....

nazwa zakresu świadczeń opieki zdrowotnej

obowiązujące w okresie rozliczeniowym .....

dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

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 z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).