

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez,
pod numerem,
- ☐ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
prowadzonego przez,
pod numerem,
- ☐ osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem
- ☐ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez,
pod numerem
- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

*właściwe zaznaczyć