………………………………………………….. ………………………................ KOD ŚWIADCZENIODAWCY MIEJSCOWOŚĆ, DATA

…………………………………………………………

NUMER UMOWY

………………………………………………………….

ZAKRES

**ZGŁOSZENIE NIEPLANOWANEJ / NAGŁEJ PRZERWY
W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ**

Zgodnie z § 9 ust. 5 załącznika do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015 poz. 1400 z późn. zm.),* informuję o przerwie w udzielaniu świadczeń w dniach od ………… do …………… w zakresie ……………………………………………………… w miejscu udzielania świadczeń ………………………………………………………………………………………………….. z powodu……………………………………………………………………………………….

Czynności podjęte w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czynności podjęte w kwestii poinformowania pacjentów o przerwie w udzielaniu świadczeń, najbliższych miejscach realizujących świadczenia w danym zakresie oraz terminie wznowienia działalności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………

 podpis i pieczęć Świadczeniodawcy