zał. nr 2

**Dane Świadczeniodawcy**

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ………………………………………………

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH W UMOWIE PSZ**

Deklaruję chęć realizacji świadczeń kompleksowych\*):

*Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),*

*Kompleksowa opieka nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I)*

i niniejszym wnioskuję o objęcie umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej, określonych   
w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.   
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 j.t. ze zm.), na okres od 1 stycznia 2018 r.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. spełniam warunki wymagane do ich realizacji, określone w przepisach rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanych na podstawie art. 31d i art. 95m ust. 12 ustawy   
   o świadczeniach oraz w zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącym wyżej zadeklarowanych świadczeń,
2. po udostępnieniu przez Fundusz odpowiedniej funkcjonalności w systemie informatycznym Funduszu złożę z wykorzystaniem tego systemu „Wniosek o objęcie świadczeń kompleksowych umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” zgodny ze wzorem określonym przez Fundusz.

*Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje brakiem możliwości objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej na okres od 1 stycznia 2018 r.*

*Złożenie niniejszego oświadczenia po terminie 14 listopada 2017 r. skutkuje brakiem możliwości objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej na okres od 1 stycznia 2018 r.*

..........................., …………….. 2017 r. …………........................................

*miejscowość, data* pieczątka i czytelny podpis osoby

uprawnionej do reprezentowania

Świadczeniodawcy

*\*) zaznaczyć właściwe*