

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),

☐

Koordynowana 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. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), na okres od 1 października 2017 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 października 2017 r.

Złożenie niniejszego oświadczenia po terminie 31 sierpnia 2017 r. skutkuje brakiem możliwości objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej na okres od 1 października 2017 r.

....., 2017 r.
miejscowość, data

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania
Świadczeniodawcy

*) zaznaczyć właściwe