

Dane Świadczeniodawcy

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

NIP:

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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. 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 opieki zdrowotnej,
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 17 listopada 2017 r. skutkuje brakiem możliwości objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej na okres od 1 stycznia 2018 r.

....., r.

(Miejscowość, data)

.....

(Pieczątką i czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Świadczeniodawcy)

*) zaznaczyć właściwe