

**Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z pełnieniem funkcji kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w okresie 01.05.2019 r.- 30.04.2022 r."**

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(specjalizacja)

## **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z pełnieniem funkcji kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie ul. Bursztynowa 2 w okresie od 01.05.2019 r. do 30.04.2022 r.

Warszawa, dnia.....

.....  
(podpis oferenta)