

**Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert w zakresie pełnienia dyżurów w Oddziale Neurologicznym z wykonywaniem konsultacji neurologicznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w okresie 01.06.2019 r. – 31.05.2021 r."**

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(specjalizacja)

## **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy w zakresie pełnienia dyżurów w Oddziale Neurologicznym z wykonywaniem konsultacji neurologicznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie ul. Bursztynowa 2 w okresie od 01.06.2019 r. do 31.05.2021 r.

Warszawa, dnia.....

.....  
(podpis oferenta)