

Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym w okresie od 01.06.2025 r. do 30.06.2027 r.

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(specjalizacja)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie w okresie od **01.07.2025** r. do **30.06.2027** r.

Warszawa, dnia.....

.....
(podpis oferenta)