

Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur zabiegowych oraz dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym w okresie od 01.11.2025 r. do 05.06.2026 r.

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(specjalizacja)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur zabiegowych oraz dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie w okresie od **01.11.2025** r. do **05.06.2026** r.

Warszawa, dnia.....

.....
(podpis oferenta)