

Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich oraz pracy w dni powszednie w Oddziale Okulistycznym w okresie od 01.01.2026r. do 31.05.2028 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 oraz pracy w dni powszednie w Oddziale Okulistycznym w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie w okresie od **01.01.2026r. do 31.05.2028r.**

Warszawa, dnia.....

.....
(podpis oferenta)