

**Załącznik nr 2 do “Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii w ramach dyżurów lekarskich oraz pracy w dni powszednie w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji/ Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej oraz Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w okresie od 01.03.2026r. do 29.02.2028 r.”**

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(specjalizacja)

## **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii w ramach dyżurów lekarskich oraz pracy w dni powszednie w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji/ Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej oraz Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w okresie od 01.03.2026r. do 29.02.2028 r.”

Warszawa, dnia.....

.....  
(podpis oferenta)