

Załącznik nr 2 do "Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur zabiegowych oraz dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym od 06.06.2026 r. do 31.05.2029 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 od 06.06.2026 r. do 31.05.2029 r.

Warszawa, dnia.....

.....
(podpis oferenta)