# Załącznik nr 2 do “Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w

# Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w okresie 01.04.2020 r.-30.11.2022 r.”

........................................

(nazwisko i imię)

........................................

(adres)

........................................

(specjalizacja)

# OŚWIADCZENIE

# Niniejszym oświadczam, że poddam się kontroli NFZ w zakresie realizowanej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie ul. Bursztynowa 2 w okresie od 01.04.2020 r.-30.11.2022 r.

Warszawa, dnia......................... ..................................................

*(podpis oferenta)*