

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....
Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od do 31 grudnia r./na czas nieoznaczony¹

(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Dane przyjmującego oświadczenie

TRIAGE Sp. z o.o.
ul. Zwycięska 35/20

53-033 Wrocław

KRS: 0000594282

NIP: 8992780292

Regon: 363345829

Tel. alarmowy 533 998 999

Tel. handlowy 535 211 112

.....
Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia od składającego oświadczenie, udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz na podstawie umowy zawartej z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, na okres nie krótszy niż określony w niniejszym oświadczeniu (powyżej).

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

¹ niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.