Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW**

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń   
   w ramach programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

* prowadzonego przez ……………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

* nie dotyczy

1. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, jestem wpisany do\*:

* Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem …………………………………….…….. .

* nie dotyczy

1. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym”, jestem wpisany do\*:

* Ewidencji Działalności Gospodarczej,

prowadzonej przez ……………………………………………………………………………,

pod numerem ……………………………………………. .

* Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
* nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2019 r. poz.1373 i 1394).

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis wnioskodawcy)

*\*właściwe zaznaczyć*