

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

### **Oświadczam, że:**

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży w okresie poporodowym – Dieta Mamy”.
- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.);
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w pkt 1;
- 4) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową;
- 5) spełniam w każdym miejscu udzielania świadczeń warunki wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) spełniam wymogi, o których mowa w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” (Dz. U. poz. 1537);
- 7) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 8) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania wnioskującego)

*\*właściwe zaznaczyć*