



....., dn. ....  
(miejsowość) (data)

**Dane świadczeniodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zam.: .....

**OŚWIADCZENIE O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, że jestem świadczeniodawcą i na podstawie zawartej umowy udzielam świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem postępowania kwalifikacyjnego.