



....., dn. ....  
(miejsowość) (data)

.....  
(pieczęćka instytucji potwierdzającej - POZ)

## **ZAŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY Z PLACÓWKĄ ŚWIADCZĄCĄ PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ**

Zaświadczam, że Pani/Pan .....

Urodzona(y) w dniu ..... w .....

współpracuje z naszą placówką w zakresie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informujemy, że nasza placówka jest świadczeniodawcą, która na podstawie zawartej umowy udziela świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

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