…..................... *(miejscowość)*, dnia ................... *(data)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja, ………………………………………….………….. (*imię i nazwisko*) legitymujący/a się nr PESEL …………………………………… *(należy podać nr PESEL)*, zatrudniony/a na podstawie umowy zawartej w dniu ……………….………………..……… *(data zawarcia umowy)* między ……………….…..……………………………………………………………………………. a ………………………………………………………………………….….. *(należy podać strony umowy)*, oświadczam że zobowiązuje się do nieudzielania odpłatnie, w warunkach całodobowych lub całodziennych, świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresów przewidzianych w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedmiotowe oświadczenie skuteczne jest **od dnia** ……………………….. r.

.............…........................

(czytelny podpis składającego

oświadczenie)

**Klauzula prawna Lex Secure Sp. k.:**

Niniejszy wzór dokumentu jest jedynie przykładem możliwych rozwiązań prawnych. Przygotowując niniejszy wzór dokumentu przeanalizowano i polegano wyłącznie na informacjach otrzymanych od Zleceniodawcy. Nie badano, ani nie weryfikowano prawdziwości przedstawionego stanu faktycznego. Lex Secure Sp. k. zastrzega sobie prawo weryfikacji niniejszego opracowania w przypadku ujawnienia faktów nieznanych mu w momencie jego sporządzenia.

Niniejszy wzór dokumentu wydaje się do wiadomości i do użytku Zleceniodawcy, z wyłączeniem prawa publikacji lub udostępniania publicznego.

Przedstawione w niniejszym wzorze dokumentu rozwiązania prawne stanowią niezależną, subiektywną ocenę Lex Secure Sp. k., w szczególności przedstawione rozwiązania prawne nie dają gwarancji wyniku danej sprawy, w przypadku skierowania jej na drogę postępowania sądowego lub administracyjnego.