

.....
.....
.....
Nazwa i adres świadczeniodawcy

OŚWIADCZENIE O WOLI PRZEDŁUŻENIA OKRESU OBOWIĄZYWANIA UMOWY

NUMER:.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ -
zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
oraz środkami pomocniczymi

*na podstawie o art. 4 ust 1 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych
ustaw (Dz. U. z 2013 r., poz. 1290 z 6 listopada 2013 r.)*

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie obowiązywania umowy
zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
na okres od 01.01.2014 roku do 31.12.2014 roku

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)