

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

**OŚWIADCZENIE O WOLI PRZEDŁUŻENIA OKRESU OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

NUMER:.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
- ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

*na podstawie art. 23 ust 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych  
ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz.1138)*

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie obowiązywania umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach na okres od 01.01.2015 roku do 31.12.2015 roku.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)