

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

.....
Nazwa, adres siedziby i nr telefonu,
numer umowy na świadczenia poz

OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ

(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach. Po jednym dla każdej ze stron)

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji
pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:

od **01 stycznia 2015** do **31 grudnia 2015 r.**
(miesiąc rok)

ceduję na przyjmującego powyższe oświadczenie.

.....
miejsce, data

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Dane przyjmującego oświadczenie

EWELMED Grzegorz Waligóra
62-300 Września Ul. Kościuszki 2
NIP 786-150-68-97
Nr umowy 150009035/0113/0017/0/12/16

Nr telefonu 61-437-19-62

Nazwa, adres siedziby i nr telefonu

Niniejszym, potwierdzam gotowość do przejęcia udzielania powyżej wskazanych świadczeń od
składającego oświadczenie.

.....
miejsce, data

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy