

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że placówka

.....
spełnia następujące wymogi (zaznaczyć odpowiednie):

- posiada status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2016, poz. 1638 ze zm.)
- POZ świadczy usługi medyczne na podstawie umowy z NFZ,
- posiada status jednostki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2016, poz. 1638 ze zm.),
- AOS świadczy usługi medyczne na podstawie umowy z NFZ,
- zatrudnia minimum jednego lekarza mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który ma w swojej aktywnej liście pacjentów osoby, kwalifikujące się do programu,
- zatrudnia minimum jednego lekarza specjalistę dermatologa,
- posiada siedzibę na terenie województwa zachodniopomorskiego lub lubuskiego lub wielkopolskiego,
- dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu.

....., data

.....
podpis osoby (osób) uprawnionej(ych)