..................... *(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, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej. 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.