**Załącznik nr 2**

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa: …………………………………………....

…………………………………………………….

Adres: …………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U.2016.1793 z późn. zm.), uniemożliwiająca zawarcie umowy.

……………………, dnia ……………………. ......................................................................

 (pieczątka, podpis)