

Dane Zleceniobiorcy:

Miejscowość, data .....

.....  
.....  
.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jest mi znane, że powyższe środki finansowe miesięczne mogą ulec zmianie w przypadku:

- 1) zmiany poziomu finansowania zadania realizowanego w ramach umowy przez NFZ,
- 2) zmiany finansowania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

.....  
Podpis i pieczęć Zleceniobiorcy