

.....
Miejscowość, data

Dane oferenta:

Nazwa

Adres

Kod Świadczeniodawcy

Kod postępowania:

Oświadczenie oferenta o konieczność posiadania opinii o celowości inwestycji (OCI)

Oświadczam, że w okresie od 1 stycznia 2021 r.:

a) zrealizowałem/uruchomiłem ,

b) nie zrealizowałem/nie uruchomiłem *

inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), dotyczącej realizacji świadczeń, w zakresie stanowiącym przedmiot wskazanego powyżej postępowania.

.....
Data i podpis osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić

Uwaga:

W przypadku zrealizowania/uruchomienia inwestycji konieczne jest załączenie do oświadczenia opinii Wojewody Opolskiego lub Ministra Zdrowia.