

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany(a),

(imię i nazwisko)

urodzony(a) w

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria stawiane osobom wchodzącym w skład rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zawarte w art. 106 ust. 2, 6 i 7 ww. ustawy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)