

**Załącznik Nr 5**  
**do Szczegółowych warunków konkursu**

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę poddania się kontroli NFZ w kierunku świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie opieki psychiatrycznej\* / internistycznej\* wykonywanych na rzecz pacjentów oddziałów Samodzielnego Publicznego Zakładu Leczniczo – Opiekuńczego w Raciążku.

.....  
Data , pieczętka i podpis Przyjmującego  
Zamówienie

\*właściwe podkreślić