

**Oświadczenie dotyczące ilości godzin wykazywanych  
do Narodowego Funduszu Zdrowia**

Oświadczam, że deklarowana ilość godzin do zgłoszenia w Portalu Świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych przeze mnie w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu z siedzibą w Sosnowcu ul. Teatralna 9 (41-200 Sosnowiec) wynosi .....

.....  
(data, podpis oferenta)